

Fakultät für Bildungswissenschaften an der Universität Duisburg-Essen
Institut für Psychologie

**Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer
Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von

Friedhelm Schmidt-Quernheim

geb. 11.06.1954 in Lüdenscheid

Tag der Disputation: 20.07.2011

1. Gutachter: Prof. Dr. Gisela Steins
2. Gutachter: Prof. Dr. Annette Boeger

Für meinen Vater

Pfarrer Walter Schmidt

* 05.07.1925

† 27.06.2002

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Untersuchungsgegenstand forensische Nachsorge	7
2.1	Begriffsklärung	7
2.2	Forschungsstand	11
2.3	Entwicklung der Fragestellung	16
2.3.1	Ziele der Untersuchung	16
2.3.2	Forschungsdesign	18
3	Methode	23
3.1	Rekrutierung der Stichprobe	23
3.1.1	Zusammensetzung der Stichprobe	23
3.1.2	Orte der Rekrutierung	24
3.1.3	Wege der Rekrutierung	27
3.2	Material	30
3.3	Arbeitsschritte	31
3.3.1	Datenerhebung	31
3.3.2	Datenauswertung	34
3.3.2.1	Vergleich mit anderen Stichproben	34
3.3.2.2	Auswertung der BZR-Auszüge	35
4	Ergebnisse	37
4.1	Beschreibung der Stichprobe	37
4.1.1	Allgemeine Angaben	37
4.1.2	Rechtsgrundlage	37
4.1.3	Krankheitsformen	38
4.1.4	Unterbringungsdelikte	39
4.1.5	Unterbringungsdauer	41
4.2	Rückfälle und strafrechtliche Auffälligkeiten in der Nachsorge	44
4.2.1	Zur Problematik von Registerauszügen	44
4.2.2	Häufigkeit	45
4.2.3	Justizielle Reaktionen	49
4.2.4	Krankheitsformen	51
4.2.5	Unterbringungsdelikte	55

4.3	Rückfälle und strafrechtliche Auffälligkeiten im Vergleich	55
4.3.1	Merkmale der Gruppe der Nicht-Zustimmer im Vergleich	55
4.3.2	Art der strafrechtlichen Auffälligkeiten	57
4.3.3	Justizielle Reaktionen	58
4.3.4	Vergleich mit den Ergebnissen anderer Rückfallstudien	59
4.4	Untersuchung der Stichprobe im Vergleich	60
4.4.1	Soziodemographische Daten	60
4.4.2	Daten zur Nachsorgesituation	63
4.4.2.1	Langzeitbeurlaubungen	64
4.4.2.2	Rechtlicher Zugang zur Nachsorge	65
4.4.2.3	Strukturen der forensischen Ambulanzen	68
4.4.2.4	Gesetzliche Betreuungen	72
4.4.2.5	Gerichtliche Weisungen	72
4.4.2.6	Substanzmissbrauch - Weisungen, Kontrollen, Legalbewährung	74
4.4.2.7	Psychiatrische Behandlung	78
4.4.2.8	Psychisches Befinden und Kriseninterventionen	82
4.4.2.9	Zusammenarbeit und Helferkonferenzen	84
4.4.2.10	Partnerschaft und soziale Kontakte	89
4.4.2.11	Freizeit	93
4.4.2.12	Finanzielle Situation und Umgang mit Geld	94
4.4.2.13	Wohnsituation im Verlauf	95
4.4.2.14	Arbeitssituation im Verlauf	97
5	Diskussion	105
5.1	Fazit	141
5.2	Ausblick	147
6	Zusammenfassung	155
7	Literatur	158
8	Anhang	165

1 Einleitung

Im Rahmen einer Tagung „Sollen/Dürfen/Müssen wir forschen?“ des Ludwig-Meyer-Institutes für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen am 06.07.2007 wurde ein großer Nachholbedarf an Forschung konstatiert. Vermehrte Forschung sei dringend erforderlich, um der beklagenswerten Randständigkeit forensischer Patienten (und ihrer Behandlung) zu begegnen und damit dem „diskriminierenden Desinteresse der Gesellschaft für die gruppenspezifischen medizinischen Probleme“ (Fromberger et al. 2007, 278) forensischer Patienten entgegenzuwirken. Dies sei umso bedauerlicher, als die Erforschung „forensisch psychiatrischer Fragestellungen im Interesse der Sicherheit der Bevölkerung geboten, im Interesse der Patienten erforderlich, vor allem aber im Interesse der Therapeuten unerlässlich sei“ (ebd., 277).

Diese Einschätzung gilt zweifellos auch für Fragestellungen zur forensischen Nachsorge: Alle genannten Adressaten haben ein erkennbares Interesse, den empirisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand in diesem Bereich zu erweitern:

Therapeuten haben im Maßregelvollzug die Aufgabe zu beurteilen, ob erwartet werden kann, „dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“ (StGB § 67d Abs.2). Es besteht in der Fachwelt Einigkeit darüber, dass die Frage der Rückfallgefährdung nur unzureichend durch statistische Verfahren oder Prognose-Checklisten zu erfassen ist. Das Rückfallrisiko ist keine dem Patienten inhärente Eigenschaft, die sich einfach aus der stationären Behandlung auf die Zukunft ‚draußen‘ übertragen lässt. Vielmehr ist die weitere Gefährdung abhängig vom ‚sozialen Empfangsraum‘, verbunden mit spezifischer Nachsorge. An diesem Punkt setzt die Arbeit forensischer Ambulanzen an, die den Patienten in ein stabilisierendes Lebensumfeld überleiten und nachbetreuen und damit erst einen kontrollierbaren Rahmen für verantwortbare Prognosen schaffen.

Die Evaluation der Wirksamkeit forensischer Nachsorge kann für Therapeuten Entscheidungshilfen bei der Beurteilung der Frage generieren, unter welchen spezifischen Bedingungen dem Gericht eine Aussetzung der Maßregel zur Bewährung empfohlen werden kann, die dann in Form von „Weisungen“ in den Entlassungsbeschluss aufgenommen werden können.

Patienten haben das Ziel, sich nach ihrer Entlassung legal zu bewähren und nicht erneut inhaftiert oder dauerhaft hospitalisiert zu werden. Gerade die erste Zeit nach der stationären Behandlung ist bekanntlich eine sehr störanfällige Phase, die mit erhöhten Rückfallzahlen einhergeht (Leygraf 1988). Die Entlassung bedeutet für den Patienten nicht nur das befreiende Erleben eigener Autonomie, sondern bringt auch Ängste und Desillusionierungen und daraus resultierende Destabilisierungen mit sich. Patienten sind daher angewiesen auf einen wirksam haltenden Übergangsraum, in dem die zur Klinik und zur Ambulanz bestehenden Bindungen kontinuierlich aufrecht erhalten bleiben.

Ein weiterer Nutzen effektiver forensischer Nachsorge für die Patienten liegt auf der Hand: Je mehr gesicherte Erkenntnisse über eine professionelle Nachsorge vorliegen, desto höher wird voraussichtlich die Bereitschaft von Staatsanwaltschaften und Richtern sein, Patienten zu entlassen.

Aufgabe von Forschung ist nicht zuletzt, Politik und Öffentlichkeit über realistische Gefährdungslagen zu informieren und einer übersteigerten Furcht vor Viktimisierung entgegenzuwirken (Heinz 2009). In einer notorisch emotionalisierten und medial aufgeheizten öffentlichen Diskussion über (psychisch kranke) Straftäter können Information über Rückfälligkeit und Aufklärung über Entwicklungen in der forensischen Nachsorge zur Versachlichung beitragen.

Die Zielsetzung einer Forensischen Ambulanz besteht in der Aufrechterhaltung des stationären Behandlungserfolge auch nach einer Entlassung und damit in der Sicherung der Allgemeinheit: „Die Hauptaufgabe einer forensischen Fachambulanz liegt in dem Erkennen von deliktfördernden personellen, situativen bzw. sozialen Veränderungen durch ständig wiederkehrende Risikoeinschätzungen. ... Primär zielt die Etablierung einer Nachsorge auf eine Senkung der Rückfalldelinquenz“ (Dönisch-Seidel und Hollweg 2003, 16).

Die Bedeutung der vorliegenden Untersuchung ist mit dieser Zielsetzung eng verknüpft. Je wirksamer sich die forensische Nachsorge erweist, desto höher ist die Akzeptanz von Öffentlichkeit und Politik, entsprechende Budgets zu finanzieren. Auch die Aufnahmebereitschaft anderer ambulanter und komplementärer Dienste der Gemeindepsychiatrie, forensische Patienten in der Nachsorge weiter zu betreuen, hängt sehr von der Qualität der Nachsorgestrukturen ab.

Die Wiedereingliederung von Patienten aus dem forensischen Maßregelvollzug in die Gesellschaft gilt als eine ebenso schwierige wie wichtige Aufgabe. Zwar sind in den letzten Jahren in Deutschland zunehmend spezialisierte forensische Ambulanzen implementiert worden, jedoch kann man keinesfalls von einer flächendeckenden Versorgung sprechen. Zudem existieren in Deutschland nur wenige Evaluationsstudien, die sich zumeist auch nur auf eine Klinik beziehen. Neue Untersuchungen haben zeigen können, dass trotz der in den letzten Jahren erzielten Fortschritte durchaus Verbesserungsvalenzen in der praktischen Durchführung forensischer Nachsorge bestehen (Seifert et al. 2003a).

In der vorliegenden Studie wird die ambulante Nachsorge forensischer Patienten, die in den Jahren 2002 bis 2006 im Bundesland Nordrhein-Westfalen aus einer Unterbringung nach § 63 StGB zur Bewährung entlassen wurden, evaluiert. Zum einen wird der weitere Lebensweg der Patienten in ihren unterschiedlichen Betreuungskontexten erfasst, zum anderen werden aktuelle Daten zur Deliktrückfälligkeit erhoben. Mittels eines Vergleichs der erfolgreich wiedereingegliederten mit den gescheiterten Patienten wird schließlich der Fragestellung nachgegangen, ob sich poststationäre Prognosefaktoren extrahieren lassen, mit deren Hilfe das Risikomanagement und damit die Professionalisierung forensischer Nachsorge weiter verbessert werden könnten.

2 Untersuchungsgegenstand forensische Nachsorge

2.1 Begriffsklärung

Seit Jahren wird von forensischen Experten eine professionelle Nachsorge der nach § 63 StGB untergebrachten Patienten gefordert. Bereits bei der bundesweiten Erhebung forensischer Patienten durch Leygraf Mitte der 80er Jahre wurde auf deren Bedeutsamkeit hingewiesen und explizit der Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung als die „kritische Phase“ bezeichnet (Leygraf 1988). In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass insbesondere in den ersten zwei Jahren nach der bedingten Entlassung die Gefahr eines Deliktrückfalls vergleichsweise hoch ist (u.a. Windgassen und Leygraf 1988; Nedopil und Banzer 1996; Freese 2003; Leygraf 2006 und Seifert 2007). Demzufolge kommt insbesondere in dieser Übergangsphase der fachgerechten Nachsorge eine besondere Bedeutung zu.

„Ambulante Nachsorge“ meint hier zunächst alle nichtstationären Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen, die nach der Entlassung aus der Unterbringung nach § 63 StGB im Rahmen der Nachsorge forensischer Patienten zur Anwendung kommen. Diese weit gefasste Begriffsbestimmung umfasst damit recht unterschiedliche fachliche und institutionelle Arbeitsfelder: Neben den forensischen Ambulanzen der Maßregelkliniken und den Diensten der Justiz gehören ebenfalls die komplementären Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie mit ihren verschiedenen Betreuungsformen im Bereich Arbeit, Wohnen, Freizeit etc. dazu. Für eine Evaluation forensischer Nachsorge ist daher unerlässlich, das Zusammenwirken dieser unterschiedlichen „Bausteine“ zu beschreiben und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu untersuchen.

Neben dieser weiten Definition meint ambulante Nachsorge im engeren Sinn die Tätigkeit einer forensischen Ambulanz. Schon aus historischer Sicht lässt sich erst durch die Implementierung spezialisierter Ambulanzen an den Maßregelkliniken von einer professionellen forensischen Nachsorge sprechen. Die Qualität der Betreuungsleistungen der „Nachsorgelandschaft“, einschließlich der justiziellen und komplementär-sozialpsychiatrischen Einrichtungen, ist mithin abhängig von der Existenz und Kompetenz forensischer Ambulanzen, deren

Arbeitsweisen in der vorliegenden Untersuchung somit zwangsläufig einen herausgehobenen Stellenwert haben werden.

Der Aufbau forensischer Ambulanzen in Deutschland begann vergleichsweise spät und ging nur in relativ kleinen Schritten voran. Dies lag nicht zuletzt an der ungeklärten finanziellen Situation. Einige forensische Kliniken behelfen sich mit so genannten „grauen Ambulanzen“, die durch engagierte Mitarbeiter aus dem stationären Bereich geführt wurden.

In den Niederlanden war hingegen schon länger eine deutliche Orientierung unter dem Motto „Kurze Verweildauer – lange Nachsorge“ (Kröger und Niemantsverdriet 2000) zu beobachten. In der Utrechter Dr. Henri van der Hoeven Klinik wurde (und wird bis heute) Nachsorge primär als „transmurale Behandlung“ verstanden: „Hiermit will man zum Ausdruck bringen, dass die Nachsorge eine Fortsetzung der klinischen Behandlung beinhaltet und unverbrüchlich mit dem gesamten Behandlungsverlauf verbunden ist“ (Kröger 2004, 134). Diese Auffassung von ambulanter Nachsorge führte dann in NRW, insbesondere im Rheinland, zu ähnlichen Konzeptbildungen.

Erste Modelle spezialisierter forensischer Nachsorgeambulanzen in Deutschland entstanden 1987 in Berlin (Warmuth 1990) und ein Jahr später in Hessen (Müller-Isberner et al. 1993). Diese setzten sich zum Ziel, die offenbar lückenhafte und meist auch fachlich völlig unzureichende Betreuung durch Bewährungshilfe und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie mit Hilfe einer eigenen Institutsambulanz zu kompensieren und dadurch gerichtliche Widerrufe der Bewährung zu vermeiden. Außerdem verband sich mit einer solchen „ambulanten Kriminaltherapie“ die Hoffnung, die Dauer der stationären Behandlung im Maßregelvollzug zu verkürzen und damit Kosten zu sparen.

Einen anderen Weg gingen zu Beginn der 90er Jahre Kliniken vor allem in Nordrhein-Westfalen, wo im Rahmen der Modellförderung des Bundesministeriums für Gesundheit sowohl im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn (Dimmek und Bargfrede 1996) als auch in den Rheinischen Kliniken Düren (Schellbach-Matties et al. 1995) die Überleitungsproblematik – und damit vor allem auch der Zeitraum vor der Entlassung – in den Mittelpunkt der Bemühungen gestellt wurde. Um weitere

Stigmatisierung und Ausgrenzung forensischer Patienten zu vermeiden, sollte dabei ausdrücklich die Erschließung der ‚normalen‘ ambulanten und komplementären Dienste in der Region im Vordergrund stehen. Der nötige Wissenstransfer sollte durch geeignete Strukturen, wie etwa die so genannte „mobile forensische Ambulanz“ in Düren, sichergestellt werden.

Beim Gründungstreffen der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft „Forensische Nachsorge“ am 31.01.2001 wurde offenkundig, dass die ambulante Nachsorge-situation je nach Bundesland höchst unterschiedlich konzipiert und insgesamt spärlich ausgebaut war. An dieser Ausgangssituation haben sich aber zwischenzeitlich wesentliche Verbesserungen ergeben, was anlässlich des letztmaligen, mittlerweile 19. Treffens dieser Arbeitsgemeinschaft am 13.11.2009 in Bremen deutlich wurde (Freese 2009). Resümierend schreiben Steinböck et al. (2004, 200), dass bei Praktikern und Verantwortlichen offenbar nunmehr erkannt wurde, „dass forensische Psychiatrie ohne ambulante Möglichkeiten nicht mehr auf der Höhe des state of the art ist“.

Gemessen an der Zahl der Publikationen, aber auch an gesetzgeberischen und politischen Initiativen, erlebt das Thema der forensischen Nachsorge zurzeit einen Boom. Mindeststandards wurden formuliert (Seifert u.a., 2003), regionale Arbeitsgruppen bildeten sich, konkrete Arbeitshilfen entstanden. Die Nachsorge durch eine forensische Ambulanz hat durch das Reformgesetz zur Führungsaufsicht vom 13.04.2007 sogar im Strafgesetzbuch (§ 68a StGB) seinen Niederschlag gefunden. Die qualifizierte forensische Nachsorge im Anschluss an die Unterbringung im Maßregelvollzug nach den §§ 63, 64 StGB trage – so die Begründung zum Gesetzentwurf – wesentlich zu einem positiven Bewährungs-verlauf bei.

In einer aktuellen Stichtagserhebung der BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser) betreiben fast 83% der an der Umfrage teilnehmenden forensischen Kliniken und Abteilungen (Rücklaufquote 73%) eine Ambulanz, zwei Jahre vorher waren es noch knapp zwei Drittel (64,7%). Die Zahl der Ambulanzpatienten hat sich in den beiden Jahren nahezu verdoppelt. Am 01.03.2009 wurden in den teilnehmenden 43 forensischen Ambulanzen 2056 entlassene forensische Patienten betreut (BAG 2009; die entlassenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie im Bereich des Landschaftsverbandes West-

falen-Lippe und Berlin wurden dabei nicht berücksichtigt). Die Subventionierung der Ambulanzkosten aus dem stationären Bereich bildet dabei die Ausnahme: Es bestehen überwiegend verbindliche Finanzierungsregelungen durch pauschale Vergütungen pro Patient oder gesonderte Ambulanzkosten im Budget.

Bei aller Aufbruchsstimmung im Bereich forensischer Nachsorge hat der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen noch vor wenigen Jahren die bisherige Entlass- und Nachsorgepraxis kritisch gewürdigt: „Die Überleitung dieser Patienten von der hoch strukturierten stationären Behandlung in den Maßregelvollzugskliniken in die gemeindenahe Versorgung gelang bislang mehr schlecht als recht. ... Kurzum: Die Nachsorge entlassener forensischer Patienten in NRW war mit wenigen Ausnahmen (z. B. der mobilen forensischen Ambulanz in Düren) defizitär“ (Dönisch-Seidel und Hollweg 2003, 15). Darüber hinaus wurde angemerkt, dass sich die Einrichtungen der ambulanten Nachsorge „wegen des negativen öffentlichen Meinungsbildes“ kaum für forensische Patienten öffnen würden. Letzteres hat sich dank gezielter Bemühungen der forensischen Ambulanzen zwar spürbar verbessert (Schmidt-Quernheim 2010), was aber überwiegend nur für Patienten mit psychotischen Erkrankungen gilt. Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung und vor allem jene, die wegen einer Sexualstraftat untergebracht waren, sind auch heute noch allenfalls vereinzelt in Nachsorgeeinrichtungen zu vermitteln.

Nach der letztmaligen Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes (MRVG-NW) vom 11.06.2002 und der Verfügung des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug im folgenden Jahr (aktuelle Fassung: 02.12.2005) wird seit dem 01.01.2002 die Nachsorge forensischer Patienten finanziell vom Land getragen. Der Satz beträgt 10 € pro Tag. Für Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB bedeutet dies, dass die Kosten für die Nachsorge über den gesamten Zeitraum der sich nach der bedingten Entlassung anschließenden Führungsaufsicht (§ 68 StGB) – also im Mittel 4 bis 5 Jahre – übernommen werden. Somit konnte ein wichtiger, von forensischen Experten seit Jahren geforderter Baustein zur Professionalisierung des Behandlungskonzeptes dieser Klientel realisiert werden. Mit dieser Implementierung war zugleich auch der Wunsch nach Steigerung der seit Mitte der 1990er Jahre deutlich gesunkenen Entlasszahlen

verbunden, um dem zunehmenden Platzmangel in den Maßregelkliniken entgegensteuern zu können. Letzteres konnte indes bislang nicht erreicht werden (Seifert et al. 2001).

Der Hebel für eine stärkere ‚Ambulantisierung‘ des Maßregelvollzuges stellt bis heute auch das Argument möglicher Einspareffekte dar, denn „die Nachsorge ist in Deutschland ein noch nicht gehobener Goldschatz“ (Knecht 2004, 67). Seitens der Einrichtungsträger des Maßregelvollzuges (Landschaftsverbände in NRW) wurden daher auch finanzielle Anreize für die Kliniken geschaffen, um die Zahl der Langzeitbeurlaubungen und Entlassungen zu erhöhen angesichts einer weiterhin sehr ängstlich-zurückhaltenden Entlassungspraxis. Die ‚echten‘ Entlassungen¹, also die Aussetzung der Maßregel zur Bewährung nach § 67d Abs. 2 StGB, verbleiben bei leicht steigender Tendenz bundesweit weiterhin auf relativ niedrigem Niveau. Eine Umkehr der restriktiven Entlasspraxis deutet sich eher dezent an (Koller 2005). War 2003 das Verhältnis von entlassenen zu untergebrachten Patienten im Maßregelvollzug 1 : 14,9 (Kröniger 2005, 44), so wurde 2006 jeder 13. Maßregelpatient in Freiheit entlassen (Dessecker 2008, 43).

2.2 Forschungsstand

In der Fachwelt (national wie international) herrscht Einigkeit darüber, dass durch ambulante Therapiemaßnahmen bei Straftätern die Deliktrückfallrate reduziert werden kann. In einer umfangreichen „Literaturübersicht zur Effektivität gemeindenaher rückfallpräventiver Maßnahmen“ zieht Lau (2003, 124) ein klares Resümee: „Es besteht kein Zweifel, dass die Frage, ‚Wirkt ambulante Kriminaltherapie‘ mit ‚Ja, im positiven Sinne‘ beantwortet werden kann. Die Ergebnisse der neueren Evaluationsforschung zeigen, dass die positiven Befunde zur generellen Wirksamkeit von Kriminaltherapie insbesondere für die gemeindenahe Behandlung gelten“.

1) Bewährungsentlassungen nach § 67 d Abs.2 sind nur eine Teilmenge (ca. 60-70%) der ‚Beendigungen‘ im Maßregelvollzug (vgl. Berichte KrimZ, Jahrgänge 2002–2006). Hinzu kommen die Erledigungen nach §67 d Abs.6 aus Gründen der Verhältnismäßigkeit oder wegen Wegfalls der (diagnostischen) Voraussetzungen (10-28%) und Beendigungen, z. B. durch Tod (ca 10%), Abschiebungen (ca. 5%), Verlegung in andere Maßregel oder Haft (ca. 8%) u.a..

Überwiegend beziehen sich die referierten Ergebnisse jedoch auf Meta-Analysen zu ambulanten Straftäterbehandlungen generell. Das tatsächliche empirisch gesicherte Wissen über die Nachbehandlung forensischer Patienten gemäß § 63 StGB ist derzeit unverändert gering, da nur wenige methodisch anspruchsvollere Untersuchungen existieren. Zumeist sind sie auf ein Bundesland beschränkt (z.B. Freese 2003).

Effekte in Bezug auf die Verhinderung von Rückfällen und die Verkürzung der Unterbringungszeiten sind empirisch schwierig zu ermitteln, da mit der Einrichtung einer Ambulanz zumeist keine äquivalente, unbehandelte Kontrollgruppe mehr existiert. Lediglich aus Gießen (Cabeza 1998) wird von einer Studie aus den Jahren 1989 bis 1991 berichtet, in der entlassene Patienten (n=123) mit und ohne Ambulanzweisung miteinander verglichen wurden: „Mit Hilfe spezifisch-forensischer Nachsorge ist es möglich, Rückfälle und erneute Inhaftierungen zu reduzieren. Die Patienten der Ambulanzgruppe schnitten bezüglich der Variablen ‚erneute schwere Delinquenz‘ (12 Prozent vs. 5 Prozent) und ‚Inhaftierung‘ (11 Prozent vs. 2 Prozent) deutlich besser ab, als die Vergleichsgruppe. Bemerkenswerterweise ist aber die Ambulanzklientel im Hinblick auf das Haupteinweisungsdelikt als gefährlicher einzuschätzen. [...] Die relativ hohe Rate an Widerrufen in der Ambulanzgruppe wird dadurch erklärt, dass fast alle Widerrufsfälle von der Nachsorgeambulanz selbst veranlasst wurden (Krisen, akute Exazerbationen etc.), um somit gefährliche Situationen zu verhindern“ (ebd., 130). Derartige Studiendesigns sind nach heutigem empirischen Wissen indes nicht mehr angezeigt. Dass eine lege-artis durchgeführte forensische Nachsorge wirkt, wird wohl niemand ernsthaft in Zweifel ziehen. Stattdessen sollte heute differenziert danach geschaut werden, wie forensische Nachsorge wirkt, was eine protektive Wirkung hat und darüber hinaus, welche typischen Fehler („Fallstricke“) in der praktischen Arbeit auftreten.

In einer Folgestudie untersuchte Freese (2004) für den Zeitraum 1990 – 2002 alle 222 Wiederaufnahmen in die forensische Klinik Haina. Er errechnete eine Rückfallquote von 8.2 % bei der durch die Ambulanz betreuten Gruppe und stellte damit ein fünfmal höheres Rückfallrisiko bei Entlassungen ohne ambulante Nachsorge fest.

Aktuell berichten Stübner und Nedopil (2009) von niedrigen Rezidivraten nach einem bayrischen Modellprojekt zur „ambulanten Sicherungsnachsorge“ (n=111). Bei einer mittleren Beobachtungszeit von 4,5 Jahren wurden 9,9% der entlassenen Patienten rückfällig. Auf die methodischen Limitierungen wird ausdrücklich hingewiesen: Das Fehlen einer echten Kontrollgruppe erzwingen (geplanten) Rückgriff auf eine historische Kontrollgruppe einer früheren Entlasskohorte (derselben Institution), wobei jedoch die zwischenzeitlichen erheblichen Veränderungen in der Entlasspraxis zu berücksichtigen seien. „Letztendlich sind Informationen über die Effizienz ambulanter Behandlung von forensisch-psychiatrischen Patienten rar; Metaanalysen fehlen ganz. Problematisch bleibt dabei der Vergleich von Ergebnissen aus unterschiedlichen Staaten“ (Lau 2003, 123).

Untersuchungen aus dem Ausland, vor allem aus Kanada und den skandinavischen Ländern (z. B. Wiederanders et al. 1997) fanden als ein Ergebnis spezieller forensischer Nachsorge zwar höhere Widerrufsquoten (z. B. wegen Verstoßes gegen Bewährungsauflagen), dadurch aber eine wesentlich geringere Anzahl von Straftaten während der Bewährungszeit.

Die Studie von Swanson et al. (2000) zeigte im Ergebnis eine signifikante Reduktion von Rückfälligkeit unter der Bedingung, dass die Nachbehandlung als gerichtliche Auflage erteilt wurde, deren Einhaltung konsequent kontrolliert wurde.

Weitere Untersuchungen aus der jüngeren Vergangenheit, etwa von Lee (2003) und Bjorkly (2004) berichten insgesamt von positiven Ergebnissen, die allerdings aufgrund der Heterogenität der Zielgruppen und Behandlungskontexte nur begrenzt auf deutsche Verhältnisse zu übertragen sind (Übersicht bei Nedopil 2008). Ähnliches trifft auf eine internationale, multizentrische Ambulanzstudie von Hodgins et al. (2007) zu: Hier beträgt die Stichprobengröße 186 Probanden aus vier Staaten.

Infolge der bundesweiten Implementierung forensischer Ambulanzen mangelt es auch bis heute nicht an Versuchen, einen Überblick über Basisdaten forensischer Nachsorge zu erstellen. Für den Landesteil Westfalen wurde zuletzt von Dimek (2007) zum 30.09.2006 eine Stichtagserhebung durchgeführt, in der

neben patientenbezogenen Merkmalen auch Strukturdaten der Einrichtungen (Patientenzahl, Personalausstattung, Finanzierung etc.) erhoben wurden. Neben der o.g. Erhebung der BAG wurde von der Klinik für Forensische Psychiatrie Erlangen (Hahn 2010) zum 15.04.2009 eine vergleichbare Erfassung für das gesamte Bundesgebiet durchgeführt. Solche Bestandsaufnahmen stellen wichtige Bausteine dar, um zu einer gesicherten Datenbasis in einem bislang wenig erforschten Untersuchungsgebiet zu gelangen. Vermisst werden jedoch weitergehende (Längsschnitt-)Untersuchungen, die über Momentaufnahmen und Zahlen zum Output hinaus auch qualitative Prozesse sichtbar machen. Hier ist die allgemeine kriminologische Forschung weiter (u.a. Boers 2009).

Insgesamt fehlt es somit an Studien, die neben der Tatsache, dass ambulante Behandlung wirkt, auch differentielle Effekte („Was wirkt wie, bei wem und warum“) in das Untersuchungsdesign mit einbeziehen. Bemerkenswert sind zudem definitorische Unklarheiten: Zwar wird häufig und zu Recht der Begriff der ‚Rückfälligkeit‘ als Erfolgskriterium problematisiert (kritisch dazu: Seifert et al. 2003; Seifert 2010). Es finden sich hingegen wenig Bemühungen, den Untersuchungsgegenstand begrifflich genau einzugrenzen. Im o.g. Übersichtsartikel von Lau sind bereits in der Überschrift zwei unterschiedliche Termini zu lesen: Ist zunächst von „ambulanter Kriminaltherapie“ die Rede, wird im Untertitel von „gemeindenahen rückfallpräventiven Maßnahmen“ gesprochen. Diese Begriffsunschärfen sind sicher nicht zufällig, sondern spiegeln die Komplexität des untersuchten Sachverhaltes wider. Forensische Nachsorge vollzieht sich im Netzwerk vieler Beteiligten und ist nicht auf die Tätigkeit einer forensischen Ambulanz beschränkt. Und auch bei letzterer handelt es sich nicht – mit dem stationären Maßregelvollzug (Leygraf 1998) vergleichbar – um eine spezielle Behandlungsmethode, sondern um ein Rechtsinstitut mit einem sehr pluralistischen Ansatz, in dem unterschiedliche Therapien und Maßnahmen miteinander kombiniert werden. Hinzu kommt, dass die Nachsorge regional sehr unterschiedlich organisiert ist.

In Nordrhein-Westfalen hat es schon relativ früh ernsthafte Bemühungen um eine konsequente forensische Nachsorge gegeben (s.o.), die zum Teil auch wissenschaftlich begleitet wurden (z.B. Modellprojekt des Bundesgesundheitsministeriums in Düren und Lippstadt; Knahl 1997).

Über die Situation der forensisch-ambulanten Nachsorge in NRW wurde 2003 eine weitere Untersuchung über die ersten forensischen Fachambulanzen im Landesteil Rheinland – Düren, Langenfeld und Essen – durchgeführt (Seifert et al. 2003). Ziel des Projektes war zum einen die Evaluation der Arbeit der forensischen Ambulanzen unter verschiedenen, vom Landschaftsverband Rheinland vorgegebenen Aspekten (Auswirkungen ambulanter Nachsorge auf Verweildauer, Rückfälligkeit etc.), zum anderen sollten aus diesen Ergebnissen Mindestanforderungen für eine fachgerechte ambulante forensische Nachsorge abgeleitet werden (Seifert et al. 2005). Als ein Hauptergebnis stellte sich heraus, dass die Deliktrückfallquote mit unter 10% deutlich niedriger lag, als die einer aktuellen Rückfallstudie in Deutschland mit vergleichbarem Katamnesezeitraum (16,5%; Seifert und Möller-Mussavi 2005). Zum Erhebungszeitraum befanden sich zwei dieser Ambulanzen noch in einem Projektstatus. Mittlerweile verfügen alle forensischen Kliniken in NRW über eine eigene Fachambulanz. Selbst die allgemeinspsychiatrischen Kliniken, die sich der Versorgungsaufgabe forensischer Patienten gestellt haben, sind zumeist intensiv in die Nachbetreuung ihrer Patienten eingebunden (u.a. Crome 2006).

Diese im Vergleich zur Situation vor wenigen Jahren deutlich verbesserten Rahmenbedingungen ließe die Vermutung aufkommen, dass man heute in NRW über ein weitgehend funktionierendes Nachsorgekonzept verfügt. Die anhand der multizentrischen prospektiven Essener Prognosestudie gewonnenen Erkenntnisse zum Verlauf der Führungsaufsicht forensischer Patienten haben jedoch einige Problembereiche der derzeitigen Praxis offen gelegt, die vor allem die mitunter mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit der am Nachsorgeprozess Beteiligten betreffen (Seifert und Möller-Mussavi 2006). So wurde noch erstaunlich häufig auf so genannte „Helferkonferenzen“ verzichtet. Typische Warnsignale, wie beispielsweise wiederholter Alkoholkonsum, wurden nicht hinsichtlich ihrer legalprognostischen Bedeutsamkeit eingeschätzt oder entsprechende Interventionen zu spät durchgeführt. Anhand der qualitativen Auswertung einiger fehlgeschlagener poststationärer Verläufe konnten typische ‚Fallstricke‘ extrahiert werden, die in der praktischen Arbeit zu bedenken bleiben (Seifert et al. 2003a). Basierend auf diesen aktuellen wissenschaftlichen

Ergebnissen erscheint es erforderlich, die derzeitige forensische Nachsorgepraxis zu evaluieren.

2.3 Entwicklung der Fragestellung

2.3.1 Ziele der Untersuchung

Evaluationsforschung hat die Analyse und die Bewertung des Erfolges von bestimmten Strukturen oder Maßnahmen zum Gegenstand: „what works – how with whom under which conditions“ (Steller 1994). Im Vordergrund steht die Erkenntnisfunktion einer Evaluation: „Evaluationsforschung trägt definitionsgemäß dazu bei, wissenschaftliche Erkenntnisse über die Eigenschaften und Wirkungen von Interventionen zu sammeln“ (Bortz und Döring 2006, 97). Ziel ist somit zunächst die Verbreiterung der Wissensbasis. Darüber hinaus dient eine Evaluation Optimierungs- und Kontrollzwecken: Im Rahmen einer Beschreibung von Stärken und Schwächen mit einer abschließenden fachlichen Bewertung soll insbesondere die Frage beantwortet werden, ob und in welchem Maße (Effektivität) die intendierten Wirkungen tatsächlich erreicht werden konnten.

Da dieser zweite Aspekt eng mit dem Nutzen der Evaluation und mit den aus ihr folgenden Entscheidungen (praktischer, politischer oder wissenschaftlicher Art) verknüpft ist, wird eine diesbezügliche Zielkonkretisierung in dem entsprechenden Kapitel (2.3.2) erfolgen. An dieser Stelle sollen zunächst die Ziele im Hinblick auf die deskriptive Erkenntnisfunktion der Evaluation beschrieben werden.

Nach der o.g. Definition lassen sich diese Ziele sinnvoll danach gliedern, ob sie sich auf die Eigenschaften (1) oder auf die Wirkungen (2) forensischer Nachsorge beziehen:

(1) Zunächst ist die deskriptive Bestandsaufnahme der Nachsorgesituation in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2002 – 2006 wesentliches Ziel der Evaluation. Hier lässt sich zwischen einer patientenbezogenen und einer institutionsbezogenen Datenerfassung differenzieren, wobei eine weitere Unterscheidung in statische (Ist-Zustand) und dynamische (Verlaufs-) Daten sinnvoll erscheint.

Auf Patientenseite sind neben den statischen Daten zu Vorgeschichte, Diagnose, Delikt und Unterbringung vor allem die dynamischen, also verlaufsbezogenen Daten von hohem Interesse. Leitende Fragestellungen sind:

- Wie gestaltet sich der weitere Lebensweg der Patienten nach der Entlassung?
- Wie verändern sich die Betreuungsstrukturen, vor allem in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Behandlung?
- Welche Entwicklungen ergeben sich in anderen Lebenskontexten (Beziehungen, Freizeit, finanzielle Situation etc.) und typischen Problembereichen (Medikamentencompliance, Substanzmissbrauch)?
- Bei welchen Patienten zeigt sich ein erfolgreicher Rehabilitationsverlauf und welche Patienten sind gescheitert? Wie unterscheiden sich die Verläufe im Hinblick auf die Störungsbilder der Patienten?
- Lassen sich in der Nachsorge typische Konstellationen und Merkmale für ein Scheitern finden, die sich als Risikofaktoren beschreiben lassen?
- Sind Muster im Lebensweg und der ambulanten Betreuung der nicht-rückfälligen Patienten zu erkennen, die sich als protektive Faktoren beschreiben lassen?

Auf Seiten der an der Nachsorge beteiligten Institutionen stehen zunächst Konzept und Arbeitsweise der forensischen Ambulanzen (Nachsorge i.e.S.) im Fokus, wobei die anderen ‚Bausteine‘ der Nachsorge (Führungsaufsicht, komplementär-sozialpsychiatrische Einrichtungen, gesetzlicher Betreuer etc., auch Angehörige) ebenfalls in die Betrachtung aufgenommen werden. Leitende Fragestellungen sind:

- Wie stellt sich die Behandlung und Betreuung (ehemaliger) forensischer Patienten durch die Ambulanzen konkret dar?
- Wie ist die Kooperation mit den anderen Nachsorgebeteiligten?
- Gibt es typische Betreuungssettings?
- Wie verändern sich diese im Verlauf der Nachsorge?

(2) Ein wesentliches Ziel besteht sodann in der Beantwortung der Frage nach der Wirksamkeit der ambulanten Behandlung forensischer Patienten in NRW.

„Wirksamkeit“ wird definiert als Legalbewährung nach der Entlassung aus der Maßregel. Strafrechtliche Auffälligkeiten lassen sich anhand von Registerauszügen überprüfen. Dieses explizit kriminologische Erfolgskriterium resultiert aus der Zieldefinition der Aufgabe forensischer Ambulanzen, wie sie in der Verfügung des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug NRW vom 02.12.2005 formuliert wurde: „Hauptaufgabe der Fachambulanz liegt darin, Deliktrückfälle zu verhindern“ (ebd., 2). Medizinisch-therapeutische Wirkkriterien (Fortschritte in der Behandlung) oder sozialpsychiatrische Parameter wie psychosoziale Integration oder Autonomie werden damit genauso wenig als Erfolgsmaßstab herangezogen wie etwa die Lebenszufriedenheit der Patienten o.ä.

Dabei interessieren neben der Tatsache eines Eintrags im Bundeszentralregister ebenfalls die Art und Schwere der strafrechtlichen Auffälligkeit und deren Einschlägigkeit, die Rechtsfolgen und der Zeitpunkt des Scheiterns nach Entlassung. Einschränkend bleibt anzumerken, dass keine Erhebung der Dunkelfeldkriminalität erfolgen konnte.

Darüber hinaus lässt sich die Frage der Effektivität forensischer Nachsorge im Rahmen einer abschließenden Gegenüberstellung der vorliegenden Daten mit vergleichbaren Rückfallstudien zumindest näherungsweise beantworten.

2.3.2 Forschungsdesign

Evaluationsforschung soll sich nach Bortz und Döring (2006) an den methodischen Standards der empirischen Forschung orientieren. In einer Evaluation finden sich typischerweise sowohl Anteile von Grundlagen- als auch von angewandter Forschung. Geht es in der Grundlagenforschung eher um die Generierung von Hintergrundwissen, dessen funktionaler Wert nicht unmittelbar erkennbar sein muss, so besteht das Erkenntnisziel angewandter Forschung in effizienten Handlungsempfehlungen zur praktischen Umsetzung bzw. Verbesserung von Maßnahmen.

Beide Aspekte finden sich in der vorliegenden Evaluation, wie in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich dargelegt wurde. In der Untersuchung forensischer Nachsorge werden retrospektiv Daten erhoben (daher oft auch als „summative Evaluation“ bezeichnet), die eine Exploration der Nachsorgesituation in NRW in den Jahren 2002-2006 mit hoher empirischer Evidenz ermögli-

chen soll. Dabei sollen gleichermaßen Grundlagenwissen wie auch Handlungsanleitungen zur praktischen Nutzbarmachung generiert werden.

Gemäß den Evaluationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation haben Evaluationen vier grundlegende Eigenschaften aufzuweisen (DeGEval 2002): Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Korrektheit und Genauigkeit.

In der vorliegenden Untersuchung sind diese Forderungen zufrieden stellend erfüllt – wenn auch nicht in allen Punkten in gleichem Umfang.

So wurde im obigen Kapitel (2.3.2) die ‚Nützlichkeit‘ sehr detailliert bejaht; ebenfalls besteht hohe ‚Korrektheit‘ hinsichtlich der ethisch und rechtlich einwandfreien Durchführung der Studie. Es wurden sämtliche Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht sowie alle Anforderungen an die Freiwilligkeit der Teilnahme exakt berücksichtigt. Darüber hinaus wurde ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen eingeholt.

Die ‚Durchführbarkeit‘ der Studie gestaltete sich zunächst schwierig. Hemmnisse datenschutzrechtlicher und erhebungstechnischer Art (dazu genauer im nächsten Kapitel) erschwerte die Rekrutierung der Stichprobe ex post erheblich. Aufgrund teilweise hoher Akzeptanzschwellen bei Patienten bzw. deren fehlender Erreichbarkeit konnte die angestrebte Vollerhebung nicht durchgeführt werden. Dadurch kam es im Übrigen zu erheblichen Verzögerungen des Ablaufs.

Bei der Datenerhebung mussten unterschiedliche Informationsquellen genutzt werden. War zunächst das Ausfüllen des Fragebogens anhand eines Aktenstudiums vorgesehen, so stellte sich bald heraus, dass die erforderlichen Daten in den Akten teils unpräzise, lückenhaft oder auch gar nicht vorlagen. In nahezu jedem Fall konnte aber der Fragebogen durch ausführliche Befragungen der Behandler schließlich ausgefüllt werden und eine ausreichende Informationslage erzielt werden. Hinsichtlich der Objektivität und Vollständigkeit dieser Informationen (mögliche Erinnerungsverzerrungen o.ä.) erscheint die Befragung der Behandler möglicherweise nur als die zweitbeste, dafür aber als pragmatische (gut ‚durchführbare‘) Lösung.

Diese Fehleranfälligkeit müsste allerdings auch bei deutlich besserer Aktenführung in Rechnung gestellt werden: Nicht zuletzt sind viele erhobenen Fragen nicht nur vom Wissensstand, sondern auch von der subjektiven Einschätzung der Behandler abhängig (Umgang mit Geld, Sinnhaftigkeit von Freizeitbeschäftigung, Bewertung von Angehörigenkontakten etc.) – und dieses gilt sicher unabhängig davon, ob die Behandler diese Beurteilung nun schriftlich dokumentieren oder verbal mitteilen.

„Genauigkeit“ als letzte Qualitätsforderung an eine Evaluation beinhaltet vor allem die Beachtung wissenschaftlicher Gütekriterien. Auch wenn Nothbaum (2008, 23) darauf verweist, dass die Evaluationsstandards „ihre Wurzeln eher in den Ansätzen zur Qualitätssicherung als in der wissenschaftlichen Methodik“ haben, so betont er ebenfalls, dass der Genauigkeitsstandard sicherstellen soll, dass eine Evaluation gültige (valide) und zuverlässige (reliable) Informationen hervorbringt.

Ein methodisches Grundproblem der vorliegenden Untersuchung liegt in der Vielgestaltigkeit und der wechselseitigen Verflochtenheit der unterschiedlichen Einflussgrößen, die nicht isoliert voneinander untersucht werden können. In der forensischen Nachsorge haben wir es in der Regel mit hochkomplexen und langfristigen Verläufen mit wechselnden Settings und damit mit einer hohen Anzahl externer Einflussfaktoren zu tun. Daraus folgt, dass die spezifische Behandlung einer forensischen Ambulanz nur eine vergleichsweise geringe oder zumindest schwer abgrenzbare Varianz des Gesamtoutcomes abbilden dürfte. Die ist auch als Problem aus der Behandlungsforschung bekannt (Tschuschke 2005).

In der methodischen Diskussion gilt das Forschungsmodell der randomisierten kontrollierten Studie (RCT) allgemein als Königsweg zu wissenschaftlicher Evidenz, da damit Aussagen zu kausalen Beziehungen zwischen einer Intervention und einem Ergebnis gemacht werden können. Dies ist aus mehreren Gründen bei der vorliegenden Evaluation nicht durchführbar: Nach einem solchen Forschungsdesign müssten die entlassenen Patienten nach Zufall (Randomisierung) einer Untersuchungs- und einer Kontrollgruppe zugewiesen werden, die

sich hinsichtlich der Variable „Ambulanzbehandlung vs. Nichtbehandlung“ unterscheiden.

Nach Bortz und Döring (2006, 113) ist allerdings bei Sachverhalten mit hoher Prävalenz die Einrichtung einer Kontrollgruppe praktisch unmöglich. Ähnliches gilt für die Fälle, in denen als Folgen gesetzlicher oder administrativer Neuregelungen die gesamte Population dieser Neuregelung unterworfen wurde (Nothbaum 2008, 46). Beides trifft hier zu: Als Folge der mit der Verfügung des LB MRV gegebenen Finanzierung ambulanter Nachsorgeleistungen seit 2002 erhielten bis auf einige Ausnahmen alle Patienten im Untersuchungszeitraum de facto eine forensische Nachsorge. Damit entfällt bereits aus tatsächlichen Gründen die Möglichkeit eines solchen experimentellen Designs.

Auf dem Hintergrund großer Unterschiede der Nachsorgestrukturen in NRW wäre selbst bei Vorhandensein einer Kontrollgruppe eine methodisch saubere Validierung spezifischer forensischer Nachsorge schwer möglich: Schon beim Versuch einer Erfassung forensischer Nachsorge i.e.S. (also nur die Behandlungsmaßnahmen der forensischen Ambulanzen selbst, s.o.) würde es aufgrund der hohen Inhomogenität der Ambulanzkonzepte an der erforderlichen „Integrität“ der untersuchten Maßnahme fehlen. Der Einfluss unspezifischer und ungeklärter Wirkfaktoren auf das Ergebnis wäre mit den Erfordernissen an ein RCT-Design nicht zu vereinbaren.

Eine randomisierte kontrollierte Studie ist im forensischen Kontext mithin nicht realisierbar, ethisch nicht vertretbar und sowohl politisch als auch juristisch nicht durchsetzbar: Bei dem hohen Rechtsgut der ‚Sicherheit der Bevölkerung‘ wäre es tatsächlich schwer zu vermitteln, einer zufällig ausgewählten Gruppe entlassener Maßregelpatienten forensische Nachsorge nicht als Weisung aufzugeben.

Diese für Evaluationsstudien nicht untypischen methodischen Beschränkungen führen in der Evaluationsliteratur bisweilen zu der Einschätzung, Evaluation sei die „Kunst des Möglichen“, die sich oftmals pragmatischen Kriterien unterordnen müsse (Cronbach 1982, 321). Kromrey (2000; zit. nach Nothbaum 2008, 46) betont daher bei seiner Definition von Evaluation deren „Primat der Praxis vor der Wissenschaft“, wie dies etwa auch im Ingenieurwesen der Fall sei.

Die vorliegende Studie lässt sich neben ihrem primär deskriptiven und explorativen Charakter auch dem Typus einer korrelativen Studie zuordnen (Nothbaum 2008, 37): Hier werden interessierende Merkmale einer vorgefundenen Population im Hinblick auf bedeutsame Zusammenhänge untersucht. Dabei werden Untergruppen gebildet, die auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten hin überprüft werden. Zwar sind damit keine eindeutigen Kausalitätsschlüsse möglich. Die Aufdeckung (auch bisher unbekannter) korrelativer Zusammenhänge kann aber sowohl für die Praxis wichtige Entscheidungshilfen als auch für die weitere Forschung differenzierte Hypothesen generieren.

Bei der vorliegenden Untersuchung wurde eine Unterteilung in solche Patienten vorgenommen, die strafrechtliche Auffälligkeiten aufweisen und in solche, bei denen dies nicht der Fall ist. Als Unterscheidungskriterium wurde in einem ersten Schritt „Eintrag in das BZR – Ja/nein“ gewählt. Das Vorgehen wird im anschließenden Kapitel detailliert beschrieben. An dieser Stelle soll aber das dabei zur Anwendung kommende Verfahren der ‚matched samples‘ oder kurz ‚Matching‘ (Bortz und Döring 2006, 527) kurz beschrieben und begründet werden

Auch bei Durchführung quasi-experimenteller Untersuchungen (also bei bestehender Kontrollgruppe, aber fehlender Randomisierung) müssen „besondere Maßnahmen ergriffen werden, um die personengebundenen Störvariablen zu kontrollieren“ (ebd., 525). Diese auch als ‚Konfounder‘ bezeichneten Störvariablen werden dann irrelevant, wenn sie in den Vergleichsgruppen ähnlich ausgeprägt sind. Man erreicht dies durch Parallelisierung der Vergleichsgruppen (nach Mittelwerten und Streuung) oder durch ein Matching, bei dem die Teilnehmer der Stichproben einander paarweise in Bezug auf die zu kontrollierenden Störvariablen zugeordnet werden. Analog der multizentrischen Essener Prognosestudie (Seifert 2007) wurden hier die Variablen ‚Alter‘, ‚Geschlecht‘, ‚Diagnose‘, ‚Delikt‘ und ‚Unterbringungsdauer‘ gewählt. Bei der Untersuchung der Effekte forensischer Nachsorge kommen somit diese Variablen als Ursachen für bestimmte Unterschiede zwischen den rückfälligen und nicht-rückfälligen Patienten nicht in Betracht.

3 Methode

3.1 Rekrutierung der Stichprobe

3.1.1 Zusammensetzung der Stichprobe

Der ursprüngliche Untersuchungsplan bestand in einer Gesamterhebung von 241 Patienten, die in dem Zeitraum 2002 bis 2006 in NRW aus dem Maßregelvollzug entlassen wurden (Aussetzung der Maßregel zur Bewährung gemäß § 67d Abs. 2 StGB). Diese Zahl basiert auf den Auswertungen von Fragebögen der Kriminologischen Zentralstelle (KrimZ) e.V., Wiesbaden, durch den Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen (LB MRV). Im Verlauf erschienen zudem weitere Gruppen entlassener Patienten von wissenschaftlichem Interesse, so dass sich die Zielgruppe in 4 Untergruppen differenzieren ließ:

(1) Patienten, bei denen eine Aussetzung der Maßregel zur Bewährung gemäß § 67d Abs. 2 StGB erfolgte.

(2) Patienten, die im Untersuchungszeitraum gemäß § 67d Abs. 6 StGB aufgrund einer Erledigungserklärung in Freiheit entlassenen wurden. Nach den Angaben des LB MRV handelt es sich dabei um 44 Patienten.

(3) Die gemäß § 67b StGB (Aussetzung zugleich mit der Anordnung) direkt bei der Hauptverhandlung zur Bewährung entlassenen Patienten. Hier existieren keine offiziellen Zahlen.

Die beiden letzten Patientengruppen (2) und (3) haben die Gemeinsamkeit, dass sie in Freiheit entlassen wurden (wenn auch mit Weisungen) und bei ihnen – in einem nicht unerheblichen Umfang (z.B. in Westfalen-Lippe = 41%) – ebenfalls eine forensische Nachsorge erfolgte.

(4) Patienten ohne forensische Nachsorge. Hier liegen ebenfalls keine amtlichen Zahlen vor.

Ein erheblicher Teil der Entlassenen erhielt keine spezifische forensische Nachsorge. Die vorliegenden Zahlen aus dem Bereich des LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) ergaben einen Anteil von ungefähr 1/3 der Entlassenen, die seitens des Trägers nicht beim LB MRV als Nachsorgefälle abgerechnet wurden. Diese Größenordnung lässt sich auch für den LVR (Landschaftsverband Rhein-

land) annehmen: So sind z. B. in der LVR-Klinik Bedburg-Hau von 34 Patienten 10 ohne forensische Nachsorge entlassen worden.

Diese Gruppe war aus nahe liegenden Gründen nicht systematisch zu erfassen, da es keine Ansprechpartner bei den forensischen Ambulanzen gab und damit auch keine Dokumentation über den Rehabilitationsverlauf. Hier wurden in Einzelfällen, die den Projektmitarbeitern bekannt wurden, andere Betreuungspersonen kontaktiert, um eine Teilnahmezusage der Patienten zu erwirken und somit auch Aussagen zum Verlauf zu erhalten.

Eine weitere Gruppe bestand aus den Patienten, die sich zwar zunächst in forensischer Nachsorge befanden, zum Erhebungszeitpunkt aber nicht mehr durch die Ambulanzen betreut wurden. Dies waren z. B. in Bedburg-Hau sieben Patienten. In diesen Fällen wurden die Patienten unter ihrer Entlassungsanschrift angeschrieben und um Einverständnis gebeten.

Diese Gruppen ließen sich in unterschiedlicher Weise und mit unterschiedlichem Erfolg rekrutieren.

3.1.2 Orte der Rekrutierung

Die ambulante Versorgungsstruktur des Maßregelvollzuges in Nordrhein-Westfalen ist durch unterschiedliche Organisationsmodelle gekennzeichnet und wird wesentlich dadurch bestimmt, ob sie als Teil der allgemeinspsychiatrischen Versorgung oder als Teil des Maßregelvollzuges organisiert ist. Strukturbesonderheiten der ambulanten Nachsorge sind zudem auf dem Hintergrund der unterschiedlichen Entwicklungen des stationären Maßregelvollzuges in den beiden Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe zu verstehen.

Im Rheinland (s. Abb.1) gibt es traditionell einen dezentral ausgerichteten Maßregelvollzug mit zunächst vier forensischen Standorten in Bedburg-Hau, Düren, Langenfeld und Viersen. Die Maßregelkliniken waren (und sind bis heute) Abteilungen der LVR-Versorgungskliniken. Seit 2006 gibt es auch an der LVR-Klinik Köln eine forensische Abteilung, an den LVR-Kliniken Bonn und Düsseldorf wurden forensische Schwerpunktstationen gebildet. Wurde die Nachsorge in den letztgenannten Kliniken teils von der Station, teils auch von Behandlern der PIA's (Psychiatrische Institutsambulanzen) übernommen, beste-

hen an den fünf forensischen Abteilungen eigene ausgewiesene Fachambulanzen. Zusätzlich besteht seit 1995 eine Ambulanz am Forensischen Institut der Universität Duisburg-Essen.

Konzeptionell verstehen sich diese Ambulanzen als „integraler Bestandteil der Behandlung“ (Lubek 2008, 6), stellen insofern die ‚transmurale‘ (siehe S. 3) Überleitungsphase in den Mittelpunkt und sind überwiegend als selbständige Einheit in Sinne einer „Station ohne Betten“ (ebd., 8) organisiert.

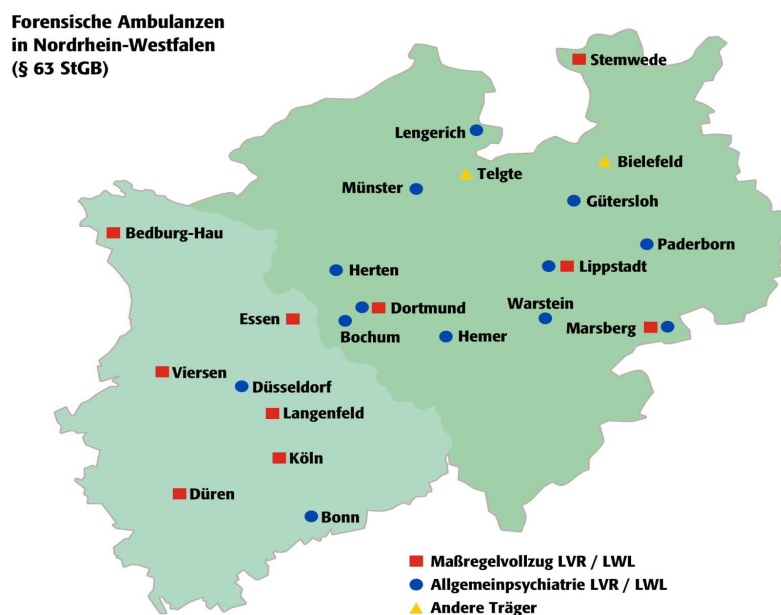


Abb.1: Übersicht über die forensischen Ambulanzen (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen

In Westfalen (s. Abb.1) war Lippstadt-Eickelborn bis vor kurzem als zentrale Maßregelvollzugsklinik für das gesamte Versorgungsgebiet Westfalen-Lippe (20.000 qkm mit insgesamt 8 Mio. Einwohnern) zuständig. Für die Nachsorge hatte das problematische Konsequenzen: Mit öffentlichen Verkehrsmitteln bedeutete es oft eine Tagesreise, um einen Termin in der Klinik wahrzunehmen bzw. aufsuchende Tätigkeiten seitens der Ambulanzen durchzuführen.

Vergebliche Bemühungen, die zentrale Maßregelvollzugsklinik in Lippstadt-Eickelborn durch neue Standorte im westlichen Westfalen zu entlasten (Unna, später Herten) führten schließlich zu einer neuen Versorgungskonzeption durch

den Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug im Jahr 2000 (Dönisch-Seidel und Hollweg 2008) für das gesamte Bundesland NRW.

Ziel war dabei die Entlastung der bisherigen, überwiegend ländlichen Standorte. Im Sinne einer größeren Verteilungsgerechtigkeit wurden nunmehr auch die Ballungsgebiete und Großstädte in die Planung mit einbezogen. Entsprechend dem Patientenaufkommen pro Landgerichtsbezirk wurden 6 neue Standorte (Köln, Duisburg, Essen, Herne, Dortmund und Münster) geplant und (bis auf Herne und Münster) nahezu alle belegt.

Erstmals wurden auch private Träger (v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel / Ev. Johanneswerk e.V. in Duisburg und Alexianer-Brüdergemeinschaft in Münster) mit der Durchführung des Maßregelvollzuges beliehen.

Eine Besonderheit der Versorgungskonzeption des LWL (Stand 01.03.2008) ist die regionalisierte Versorgung für Patienten mit der Hauptdiagnose „Psychose“ in Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie (LWL 2008).

Im Rahmen einer „Kriteriencheckliste der LWL-Verbundkliniken und der LWL-Maßregelvollzugskliniken für die Auswahl von Maßregelvollzugspatienten/-innen zur Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie“ werden Patienten nach ihrer zentralen Aufnahme in Lippstadt und ausreichender Stabilisierung in eine regionale allgemeinpsychiatrische Klinik verlegt. Diese „integrierte Behandlung“ führt konsekutiv dazu, dass auch die Überleitung der Patienten in die nachsorgenden Strukturen der Region von den LWL-Verbundkliniken vorgenommen wird.

Mit den Kliniken des LWL-Psychiatrieverbundes und mit den Kliniken in anderer Trägerschaft wurde seitens des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Ver einbarungen zur Kooperation bei der forensischen Nachsorge von gemäß § 67d Abs.2 oder § 67b StGB entlassenen Patienten/innnen“ geschlossen. Danach werden auch Patienten direkt aus dem LWL-Zentrum Lippstadt-Eickelborn oder aus anderen Kliniken des LWL-Psychiatrieverbundes in die lokalen Ambulanzen übernommen, „sofern dies aus Gründen der Betreuung und Ortsnähe angemessen ist“ (§ 5 der Kooperationsvereinbarung).

Insgesamt gibt es in Westfalen-Lippe 17 Forensische Ambulanzen (§ 63 StGB).

- 4 Fachambulanzen der LWL-Maßregelkliniken: Lippstadt-Eickelborn, Dortmund, Marsberg und Schloss Haldem.
- Ambulanzen der 11 allgemeinspsychiatrischen Krankenhäusern des LWL-Klinikverbundes: Bochum, Herten, Hemer, Paderborn, Lengerich, Münster, Marsberg (Jugendliche), Dortmund, Warstein, Gütersloh, Lippstadt.
- 2 Klinikambulanzen in anderer Trägerschaft: St.-Rochus-Hospital Telgte GmbH, Ev. Krankenhaus Bielefeld (Gilead IV, Bethel).

Die Regionen, für die die Ambulanzen in der Nachsorge zuständig sind, entsprechen zunächst einmal den Pflichtversorgungsgebieten der LWL-Verbundkliniken. Darüber hinaus existiert im Rahmen der o.g. Versorgungskonzeption eine Zuordnung einer (oder mehrerer) forensischer Fachambulanzen zu den zehn Landgerichtsbezirken in Westfalen-Lippe.

2007 wurden zwei Drittel (74 Patienten) aller forensischen Nachsorge-Patienten in Westfalen durch die 11 Ambulanzen der allgemeinspsychiatrischen Versorgungskliniken betreut.

Zeitgleich wurden in Westfalen-Lippe „Leitlinien zur ambulanten Nachsorge suchtkranker und psychisch kranker Straftäter/innen der forensischen Kliniken im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe“ (zuletzt aktualisiert im April 2005) entwickelt, die die Überleitung aus der stationären Behandlung, den Informationsaustausch zwischen den beteiligten Diensten und Einrichtungen sowie die Zuständigkeiten und die Verfahren zur Koordination der Nachsorgeaktivitäten regeln. Zudem wurden im Jahr 2006 standardisierte Instrumente zur Bewertung von Risiken und Auffälligkeiten im Verlauf der Nachsorge („Risikokontrolllisten“) eingeführt.

3.1.3 Wege der Rekrutierung

Gemäß den Standards der Evaluationsforschung sind sowohl ‚Durchführbarkeit‘ als auch ethische und (datenschutz-)rechtliche Rahmenbedingungen („Korrektheit“) durch geeignete Mittel sicherzustellen.

Im Folgenden wird das erforderliche Vorgehen im Hinblick auf die Rekrutierung der Stichprobe (Ermittlung der Namen der Patienten, deren zahlenmäßigen

Größenordnungen etc.) beschrieben. Die Arbeitsschritte bei der darauf folgenden Datenerhebung und -auswertung werden dann unter Kap. 3.3 dargestellt.

Allgemein gesprochen bestand die Aufgabe zunächst in intensiven, vor allem informierenden und werbenden Abstimmungsprozessen mit den verschiedenen Institutionen: mit dem LB MRV, den Landschaftsverbänden, den Kliniken als Träger der Forensischen Ambulanzen und nicht zuletzt mit den Mitarbeitern der Ambulanzen. Letzteren fiel die Aufgabe zu, die Patienten über die Studie aufzuklären und zu einer Beteiligung zu motivieren. Dafür mussten die Projektmitarbeiter die Mitarbeiter der Ambulanzen sowohl über das Design der Studie detailliert informieren und von deren Nutzen überzeugen als auch durch geeignete Arbeits- und Info-Materialien praktische Unterstützung anbieten. Chronologisch stellte sich dies wie folgt dar:

- Zunächst wurde das Forschungsprojekt in der Konferenz der Leiter der Maßregelvollzugskliniken beim LB MRV in Düsseldorf (12.02.2008) vorgestellt.
- Bei der Ethik-Kommission der medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen wurde das Konzept der Studie am 15.01.2008 schriftlich eingereicht. Die Kommission erhob in ihrer Bewertung vom 31.03.2008 keine rechtlichen und ethischen Einwände.
- Parallel wurden Schreiben an die Leitungen der zuständigen Fachabteilungen der Landschaftsverbände (LVR und LWL) versandt, mit der Bitte um Unterstützung bei der Akquirierung der entlassenen Patienten unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Als Ergebnis der Überprüfung wurde mitgeteilt, dass die Herausgabe einer Namensliste entlassener Patienten durch die Träger aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich ist. Die Tatsache einer ambulanten Behandlung gehöre zu den geschützten persönlichen Daten, deren Weitergabe der Einwilligung der Patienten bedarf. Diese müssen die Ambulanzmitarbeiter der Maßregelklinken den Untersuchern gegenüber von der Schweigepflicht entbinden.
- Daraufhin erfolgte die schriftliche Bitte an die Betriebsleitungen der Kliniken (14.04.2008), die Einwilligung der Patienten zur Untersuchungsteil-

nahme durch die Mitarbeiter der Ambulanzen zu erwirken. Die Kooperation der Ambulanzen setzte aber deren ausreichende Information und Übereinstimmung mit den Untersuchungszielen voraus. Darüber hinaus mussten die Ambulanzmitarbeiter den erwartbaren Widerständen der Patienten gegenüber dem Projekt durch Überzeugungsarbeit entgegenwirken.

- Auf diesem Hintergrund fanden Informationstreffen der Projektmitarbeiter mit allen Ambulanzen der Landschaftsverbände in Münster (LWL, 10.04.2008) und in Langenfeld (LVR, 27.05.2008) statt. Die Untersuchungsziele wurden einhellig begrüßt, Unterstützung wurde zugesagt. Vereinbart wurde, dass die Ambulanzmitarbeiter zunächst von den Trägern eine Übersicht ihrer in diesem Zeitraum entlassenen Patienten erhalten, um dann ihre Patienten anzusprechen und zur Teilnahme zu motivieren.
- Darauf erfolgten Anfragen der Landschaftsverbände an die Klinikleitungen mit der Bitte um Zustimmung, ihnen seitens der Landschaftsverbände klinikspezifische Entlasslisten zukommen lassen zu dürfen.
- Sodann wurden seitens der Projektmitarbeiter Schreiben an alle Kliniken (14.05.2008) versandt: Mit dem Hinweis auf die nun vorliegenden Listen wurde um Akquirierung der Patienten gebeten mit der Bitte, auch die evtl. Ablehnungsgründe der Patienten zu dokumentieren.
- Der Leiter des Maßregelvollzugsamtes beim LVR teilte daraufhin mit, dass die Patienten bei Erfassung der Ablehnungsgründe ebenfalls zustimmen müssen.
- Mit den Ambulanzen des LWL wurde der 31.07.2008 als Abgabetermin für die unterschriebenen Einverständniserklärungen der Patienten bei den Trägern vereinbart. Mit den Ambulanzen des LVR wurde dieser Termin ebenfalls als wünschenswert, aber seitens der Ambulanzmitarbeiter (aufgrund vielerlei Belastungen) als unrealistisch gewertet. Tatsächlich gingen im Laufe des August 2008 die ersten schriftlichen Zusagen von Patienten bei den Untersuchern ein, so dass mit den Erhebungen ab September 2008 sukzessive begonnen werden konnte.

- Bis Februar 2009 waren 100 Zusagen von Patienten eingegangen, weitere 20 kamen dann bis Juni 2009 hinzu. Insgesamt hatten damit 120 Patienten eine Einverständniserklärung und eine Entbindung von der Schweigepflicht unterschrieben, die alle (mit Ausnahme von fünf Patienten) eine spezifische forensische Nachsorge erhalten (haben).

3.2 Material

Bei der Rekrutierung der Stichprobe und der anschließenden Datenerhebung mussten Informationsmaterialien für alle Beteiligten erstellt und geeignete Instrumente zur Datenerhebung entwickelt werden. Im Einzelnen wurden folgende informierenden Schreiben gefertigt:

- Kurzdarstellung des Projektes zur Patienteninformation.
- Erstellen von Kurzfassungen des Projektes für die Mitarbeiter der Ambulanzen.
- Mehrere Schreiben an die beteiligten Institutionen; vor allem an die Klinikleitungen mit Informationen über das Projekt und der Bitte um Unterstützung, insbesondere durch Erstellen klinikspezifischer Entlasslisten.
- Übermittlung der erforderlichen Unterlagen (Patienteninformation, Einverständniserklärung zur Untersuchungsteilnahme und Schweigepflichtsentbindung) an die Beteiligten.
- Entwicklung eines Anschreibens an Patienten, die für die Ambulanzen nicht oder nur schwer erreichbar waren bzw. an Patienten, die nicht mehr durch die Ambulanzen betreut wurden.

Eine zentrale Aufgabe war die Entwicklung eines Erhebungsbogens zur Erfassung der relevanten Daten (siehe Anlage). Instrumente, die bei vorangegangenen Forschungsprojekten des Forensischen Instituts der Universität Duisburg-Essen entwickelt wurden und z. B. bei der Evaluationsstudie forensischer Ambulanzen im Rheinland (Seifert 2003) und bei der Prognosestudie (Seifert 2007) Verwendung gefunden hatten, wurden als Grundlage genommen und umfangreich um solche Items erweitert, die wesentliche Aussagen zum Entwicklungsverlauf in der Nachsorge möglich machen.

Im Erhebungsbogen wird nicht nur der Behandlungs- und Betreuungsstatus des Patienten direkt nach der Entlassung, sondern auch die folgenden Veränderungen in den verschiedenen Kontexten bis zum Erhebungszeitpunkt erfasst. Auf der Basis einiger zentraler Daten zur Vorgeschichte (Teile A–C: Nr. 1-29) und zur Unterbringung (Teil D: Nr. 30-39a) ließen sich anhand der Items zur Langzeitbeurlaubung (Teil E: Nr. 39-44) und zur Nachsorge (Teil F: Nr. 45-100) Erkenntnisse über strukturelle (statische) und prozesshafte (dynamische) Faktoren in Überleitung und Nachsorge gewinnen. Der Fragebogen wird abgeschlossen durch Teil G (Nr. 101-116), in dem mittels der Eintragungen im Bundeszentralregister (BZR) Erfolg bzw. Scheitern der Wiedereingliederung erfasst wurden.

3.3 Arbeitsschritte

3.3.1 Datenerhebung

Die Daten der rekrutierten Stichprobe (n=115) wurden an 21 (von insgesamt 25) Ambulanzstandorten in NRW (an forensischen Kliniken bzw. Abteilungen und an allgemeinspsychiatrischen Kliniken) erhoben. In den LWL-Kliniken Bochum, Gütersloh und Schloss Haldem befanden sich keine Patienten (§ 63 StGB) in forensischer Nachsorge bzw. konnten nicht zu einer Teilnahme gewonnen werden. In Marsberg wurden (und werden) die Patienten aus der Allgemeinspsychiatrie durch die forensische Ambulanz der Maßregelklinik mitbetreut.

Mithilfe des Fragebogens wurden die Daten aus den zur Verfügung gestellten Behandlungs- und Nachsorgeakten der Patienten extrahiert. Darüber hinaus wurden die Therapeuten der forensischen Ambulanzen zu ihren Patienten befragt, so dass die Erhebungsbögen auch bei oftmals unvollständiger oder unklarer Aktenlage überwiegend vollständig ausgefüllt werden konnten.

Betrachtet man die Rekrutierungserfolge mit Blick auf die Kliniken bzw. deren Träger, ergibt sich folgender Überblick (s. Tab.1):

Tab.1: Rekrutierung der Stichprobe

Stichprobe nach Trägern	Zusagen
LVR	
Bedburg	6
Bonn	4
Düren	21
Düsseldorf	1
Essen	5
Köln	5
Langenfeld	10
Viersen	8
<i>Summe</i>	60
LWL-KLINIKVERBUND	
Münster	8
Lengerich	8
Dortmund	1
Hemer	12
Bochum	0
Herten	2
Gütersloh	0
Paderborn	9
Warstein	1
Lippstadt	1
LWL-MABREGELVOLLZUG	
Lippstadt-Eickelborn	1
Marsberg	3
Schloss Haldem	0
Wilfried-Rasch-Klinik	7
<i>Summe</i>	53
ANDERE TRÄGER	
Bielefeld	1
Telgte	1
<i>Summe</i>	2
GESAMT	115

Ausschöpfungsgrad der Stichprobe

Nach Angaben der Träger sind im Untersuchungszeitraum **232** Patienten in die forensische Nachsorge entlassen worden.

Im Bereich des LWL wurden im Zeitraum **102** Patienten durch eine forensische Ambulanz betreut. Davon haben 53 Patienten (52%) ihr Einverständnis zur Teilnahme erklärt.

- von 61 Patienten aus den LWL-Verbundkliniken haben 42 Patienten (68,9%) zugestimmt; elf haben abgelehnt, sechs waren nicht erreichbar und zwei waren verstorben.
- von 41 Pat. aus den LWL-Maßregelkliniken haben elf Patienten (26,8%) zugestimmt, 13 haben abgelehnt, 10 wurden nicht erreicht, fünf waren verstorben und zwei schieden als ‚nicht-zustimmungsfähig‘ aus.

Im Bereich des LVR wurden **123** Patienten in eine spezifische Nachsorge entlassen. Dabei haben 60 Patienten (48,8%) eine Zustimmung zur Teilnahme erteilt, 23 haben abgelehnt, 24 waren nicht erreichbar und vier waren verstorben. Dabei wurden aus den allgemeinspsychiatrischen Kliniken fünf Zusagen akquiriert; alle anderen stammen aus den Maßregelkliniken bzw. dem Institut für forensische Psychiatrie Duisburg-Essen.

Durch andere Träger wurden im Zeitraum **7** Patienten in forensische Nachsorge entlassen, wobei zwei Patienten (28,6%) ihre Zustimmung zur Teilnahme erteilten.

Weitere fünf im Zeitraum entlassenen Patienten konnten für eine Teilnahme gewonnen werden, wobei diese nicht durch eine spezielle forensische Ambulanz betreut wurden.

Es konnten somit **115** Einverständniserklärungen von Patienten akquiriert werden, die durch eine forensische Ambulanz betreut wurden. Bei insgesamt 232 entlassenen Patienten bedeutet dies ein Ausschöpfungsgrad von 49,6%.

Vergleicht man Maßregelkliniken mit allgemeinspsychiatrischen Kliniken beider Landesteile im Hinblick auf das Entlassungsaufkommen (n=232) und die Zustimmungquote (n=115), ergibt sich folgende Aufschlüsselung:

Patienten aus Maßregelkliniken (n=144)

- 66 Pat. (45,8%) zugestimmt
- 39 abgelehnt, 28 nicht erreichbar

- 9 verstorben, 2 nicht zustimmungsfähig

Patienten aus der Allgemeinpsychiatrie (n=81)

- 47 Pat. (58%) zugestimmt, 20 abgelehnt
- 12 nicht erreichbar, 2 verstorben,

Patienten anderer Träger (n=7)

- 2 Pat. (28,6%) zugestimmt
- 3 abgelehnt, 2 nicht erreichbar

3.3.2 Datenauswertung

3.3.2.1 Vergleich mit anderen Stichproben

Die diagnostischen und deliktischen Daten der Ambulanzpatienten (n=115) wurden erfasst und mit anderen forensischen Patientenpopulationen verglichen. Als Vergleichsgruppen konnten zum einen Daten von Maßregelpatienten herangezogen werden, die in Deutschland (Stichtagserhebung Leipziger, Statistisches Bundesamt) und in NRW stationär behandelt wurden. Die festgestellten Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede zwischen beiden Gruppen lassen Rückschlüsse auf die Entlassungspraxis des Maßregelvollzuges zu. Zusätzlich wurden andere Datenquellen von ambulanten Patienten (Dessecker 2008; Essener Prognosestudie - Seifert 2007, 2010; Stichtagserhebung BRD 2009) zum Vergleich herangezogen.

Nach der Erhebung anamnestischer und unterbringungsbezogener Merkmale wurde das ambulante Behandlungskonzept dieser Patienten beschrieben. Ein Schwerpunkt lag dabei auf den Verlaufsdaten aus den verschiedenen Betreuungskontexten: Für die Bereiche: ‚Wohnen‘, ‚Arbeit‘ und ‚Behandlung‘ wurden die Daten vor der Maßregelbehandlung, direkt nach der Unterbringung und zuletzt, d.h. zum Zeitpunkt der Erhebung, erfasst und bedeutsame Veränderungen herausgearbeitet.

3.3.2.2 Auswertung der BZR-Auszüge

Im Hinblick auf die Effektivität war der Frage nachzugehen, wie hoch die Deliktrückfallquote der in einem professionellen forensischen Nachsorgekonzept behandelten Patienten ist. Hierzu wurden die BZR-Auszüge derjenigen Patienten, die ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie unterschrieben und eine Entbindung von der Schweigepflicht erklärt haben, von den Untersuchern direkt bei dem Bundesamt für Justiz angefordert.

Zudem wurde diese Liste auch dem LB MRV zugesandt; verbunden mit der Bitte, nach einem Abgleich dieser Liste mit der den Trägern vorliegenden Gesamtliste aller in forensische Nachsorge entlassenen Patienten (n=232) diejenigen Probanden zu extrahieren, die ihre Teilnahme an der Studie nicht zugesagt haben. Für diese Gruppe der „Verweigerer“ bzw. „Nicht-Erreichbaren“ konnten daraufhin die BZR-Auszüge vom Landesbeauftragten angefordert werden. Der LB MRV ist als Landesbehörde gemäß § 42a Abs. 3 BZRG berechtigt, unbeschränkte Auskunft aus dem Zentralregister zu erhalten (und zwar auch in nicht anonymisierter Form), um diese dann für wissenschaftliche Zwecke zu nutzen.

In den Auszügen wurden die Namen, Geburtsdaten und die Adressen der Patienten geschwärzt (Anonymisierung) und dem Projekt zur Auswertung übersandt. Somit konnten die Durchführenden der wissenschaftlichen Untersuchung weder Namen noch sonstige Details dieser Gruppe erfahren, aber trotzdem Art und Häufigkeit erneuter Delinquenz errechnen und mit der Gruppe der „Zustimmer“ vergleichen.

Sieben der vom Bundesamt für Justiz erhaltenen Auszüge aus dem Bundeszentralregister konnten nicht verwertet werden, da entweder überhaupt keine Eintragungen vorlagen oder die Patienten nicht nach § 63 StGB, sondern nach § 64 StGB untergebracht waren. Im Ergebnis konnten die Daten von weiteren 110 Patienten erhoben werden, so dass die Gesamtzahl aller Patienten, über die Aussagen zur Rückfälligkeit gemacht werden konnten, im Ergebnis 225 Patienten betrug.

3.3.2.3 Gegenüberstellung der Gruppe der Auffälligen mit der Gruppe der Nicht-Auffälligen

Zur Erfassung potentieller Risikomerkmale erfolgte eine Gegenüberstellung der Gruppe „Auffälliger“ (n=23) mit der Gruppe der „Nicht-Auffälligen“ (n=92). Um der dabei grundsätzlich bestehenden Gefahr von Konfundierungen (Kap. 2.3.3) entgegenzuwirken, wurden in einem nächsten Schritt die Vergleichsgruppen zur differenzierten Analyse gematcht: Jedem auffälligen Probanden wurde ein nach Delikt, Diagnose, Unterbringungsdauer, Alter und Geschlecht ausgewählter Zwilling zugeordnet, bei dem es bei der Wiedereingliederung im Katamnesezeitraum zu keinen Eintragungen im BZR kam.

4 Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

4.1.1 Allgemeine Angaben

In dem Erhebungszeitraum vom 01.09.2008 bis 31.8.2009 wurden insgesamt 115 Patienten aus 21 forensischen Ambulanzen rekrutiert (siehe auch Kap. 3.1). In der Stichprobe befanden sich lediglich fünf Frauen (4,3%); der Ausländeranteil betrug 16,5%. Das Durchschnittsalter der Patienten war 42,6 Jahre. (Zum Vergleich mit bundesweiten Zahlen, auch mit untergebrachten Maßregelpatienten siehe Anhang, Tab.A-3; A-4).

Alle entlassenen Patienten befanden sich im Durchschnitt 4,4 Jahre (Standardabweichung 16,3; Spannweite 2,4 bis 7,8 Jahre) in Freiheit, der Median betrug vier Jahre. Bei drei Viertel der Patienten (76,5%; n=88) erfolgte eine Langzeitbeurlaubung vor der gerichtlichen Aussetzung der Maßregel zur Bewährung. Bei Einbeziehung dieser Erprobungsphase betrug die mittlere „time at risk“ 5,6 Jahre (Standardabweichung 20,8) bei einer Spannweite von 2,5 bis 11,9 Jahren. Auffällig waren erhebliche Differenzen in der Dauer der Langzeitbeurlaubungen: Bei einem durchschnittlichen Zeitraum von 20,7 Monaten (Median 16 Monate) betrug die kürzeste Beurlaubungsdauer ein Monat, die längste 87 Monate. Als Gründe für die (unterschiedliche) Dauer der Beurlaubungsphase wurde von den Therapeuten in 73 Fällen (85,9%) fortbestehende Unsicherheiten, erforderliche Erprobungsschritte oder auch Komplikationen im Rehabilitationsverlauf angegeben; nur bei drei Patienten (3,5%) führte ein Fortdauerbeschluss der Strafvollstreckungskammer entgegen der Entlassempfehlung der Klinik zur Verlängerung der Beurlaubung.

4.1.2 Rechtsgrundlage

Im Vergleich zur Essener Multicenter-Prognosestudie (n=321; Seifert 2007; 2010) ist der Anteil der erstmalig nach § 63 StGB Untergebrachten etwas niedriger (77,4% vs. 83,1%). Bei etwa jedem zehnten Patienten (n=11) knüpfte die Nachsorge nicht an eine stationäre Behandlung im Maßregelvollzug an, da in der Hauptverhandlung die Unterbringung gemäß § 67b StGB primär zur Bewährung ausgesetzt wurde. Von den verbleibenden 104 Patienten wurden bei 14,4% (n=15) bereits vor der maßgeblichen Unterbringung eine Maßregel nach

§ 63 StGB angeordnet. Nahezu alle stationär behandelten Patienten (n=100) wurden gemäß § 67d Abs.2 aufgrund einer positiven Legalprognose zur Bewährung entlassen. Nur bei vier Patienten erfolgte die Entlassung aus dem Maßregelvollzug aufgrund einer Erledigung (§ 67d Abs.6). Auch in diesen Fällen wurde durch die Gerichte Führungsaufsicht angeordnet und forensische Nachsorge in die Weisungen aufgenommen.

4.1.3 Krankheitsformen

Die schizophrenen Patienten stellen unter den Nachsorgepatienten die größte Gruppe dar, sind auch im Vergleich zur Prognosestudie häufiger vertreten (56,6% vs. 44,6%). Die Gruppe der persönlichkeitsgestörten Patienten ist indes vergleichsweise klein (22,6% vs. 31,8%; s. Tab.2 und Abb.2).

Tab.2: Verteilung der Diagnosen der Ambulanzstudie NRW 2010

Diagnosen Ambulanzpatienten (n=115)		
Organische Störungen	8,7%	(n=10)
Schizophrenie	56,6%	(n=65)
Affektive Störungen	3,5%	(n=4)
Persönlichkeitsstörungen	22,6%	(n=26)
Intelligenzminderungen	7,8%	(n=9)

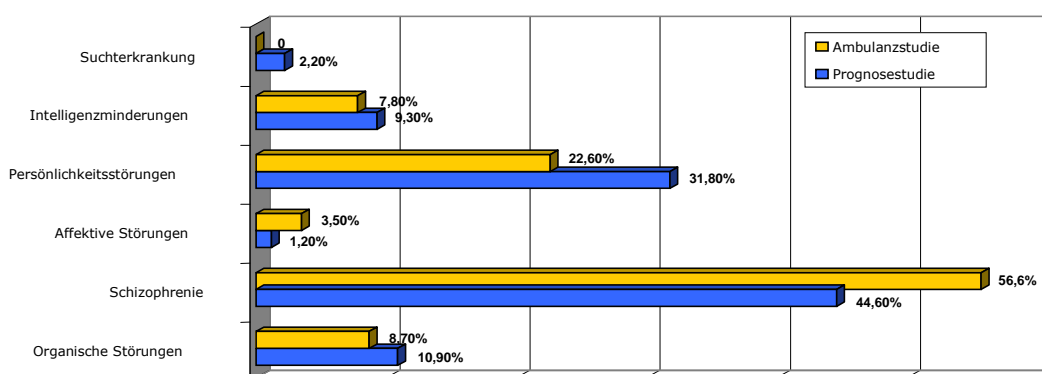


Abb. 2: Verteilung der Diagnosen der Ambulanzstudie NRW 2010 (n=115) im Vergleich zur Essener Prognosestudie 2010 (n=321)

Ein Drittel der Stichprobe (36,5%; n=42) hatte keine Zweitdiagnose, 13 Patienten (11,3%) hatten eine Persönlichkeitsstörung als Nebendiagnose. Fast jedem zweiten entlassenen Patient, insgesamt 52, wurde bei Entlassung ein Substanzmissbrauch (ICD-10: F1) als Zweitdiagnose attestiert. Die hohe Suchtproblematik zeigte sich auch in der Tatsache, dass jeder zweite Patient (55,2%) zum Zeitpunkt der zur Unterbringung führenden Tat unter Einfluss von Alkohol (30,5%), von Drogen (11,4%) oder von mehreren Substanzen (13,5%) stand.

Bei differenzierter Betrachtung der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (Haupt- u./o. Zweitdiagnose: n=43) überwogen (nach ICD-10: F6) die dissozialen (n=9), kombinierten (n=6) und emotional instabilen (n=6) Störungsbilder. Jeweils 5 Patienten wiesen eine Störung der Sexualpräferenz bzw. eine andere spezifische (narzisstische) Persönlichkeitsstörung auf.

4.1.4 Unterbringungsdelikte

Tab.3: Hauptunterbringungsdelikte der Patienten (n=115)

Hauptdelikte	Anteil in %	n
Tötungsdelikte	28,7 %	(n=33)
Körperverletzungen	26,1 %	(n=30)
Sexualdelikte	14,8 %	(n=17)
<i>davon:</i>		
ohne Gewalt	3,5 %	(n=4)
mit Gewalt	11,3 %	(n=13)
gegen Frauen	9,6 %	(n=11)
gegen Kinder	5,2 %	(n=6)
Eigentumsdelikte	13 %	(n=15)
<i>davon:</i>		
ohne Gewalt	5,2 %	(n=6)
mit Gewalt	7,8 %	(n=9)
Brandstiftungen	14,8 %	(n=17)
Sonstige	2,6 %	(n=3)

Im Vergleich (s. Tab.A-1 im Anhang) mit den in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2006 untergebrachten Patienten fällt bei der Stichprobe (s. Tab.3) der (bei beiden Gruppen nahezu identische) geringe Anteil von Sexualdelikten (14,8%

vs. 27,5%) auf. Das gilt auch im Vergleich mit bundesweiten Zahlen (s. Tab.A-1). Bei den Sexualdelikten ‚ohne Gewalt‘ handelte es sich um pädosexuelle und exhibitionistische Taten. Erfolgt die Delikte unter Anwendung von körperlicher Gewalt, wurden diese – mit den Delikten Vergewaltigung und sexuelle Nötigung – der Kategorie ‚Sexualdelikte mit Gewalt‘ zugeordnet (Leygraf 1988).

Eine gegenläufige Entwicklung lässt sich bei den Patienten mit Tötungsdelikten feststellen. Sowohl in NRW als auch im gesamten Bundesgebiet befand sich 2006 jeder fünfte Patient wegen eines Tötungsdeliktes in der Unterbringung nach § 63 StGB. In unserer Stichprobe (auch hier Ambulanz- und Prognosestudie ähnlich) lag der Anteil dagegen mit 28,7% deutlich höher.

Diese Unterschiede der Deliktstruktur zwischen ambulanten und stationären Patienten lässt sich mit Blick auf Tab.1 erklären: Schizophrene Patienten, die über Dreiviertel aller Tötungsdelikte (n=26; 78,8%) begingen, wurden insgesamt doppelt so häufig entlassen wie Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die den überwiegenden Anteil an den Sexualdelikten (n=10; 58,8%) ausmachten.

Auch der hohe Anteil an Patienten mit Körperverletzungen in der Ambulanzstudie hängt eng mit dem relativ (gegenüber der Prognosestudie, s. Abb.1) höheren Anteil von schizophrenen Patienten zusammen: diese begingen 19 der insgesamt 30 Körperverletzungen (63,3%).

Die zur Unterbringung führenden Straftaten der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung bestanden zum Großteil aus Sexualdelikten (n=10; 37%) sowie Brandstiftungen (n=7; 25,9%) und Körperverletzungen (n=5; 18,5%).

40 (62,5%) von insgesamt 64 Patienten mit der Hauptdiagnose einer schizophrenen Störung hatten als Zweit- oder Drittdiagnose einen Substanzmissbrauch, 4 Patienten (6,3%) jeweils eine Persönlichkeitsstörung oder eine Intelligenzminderung. Diese Patienten begingen hauptsächlich Tötungsdelikte (n=19) und Körperverletzungen (n=14); mit deutlichem Abstand folgten Eigentumsdelikte mit Gewalt (n=7). Zwei der fünf psychosekranken Sexualdelinquenten (mit Gewalt; gegen Frauen) hatten einen Substanzmissbrauch als Zweitdiagnose.

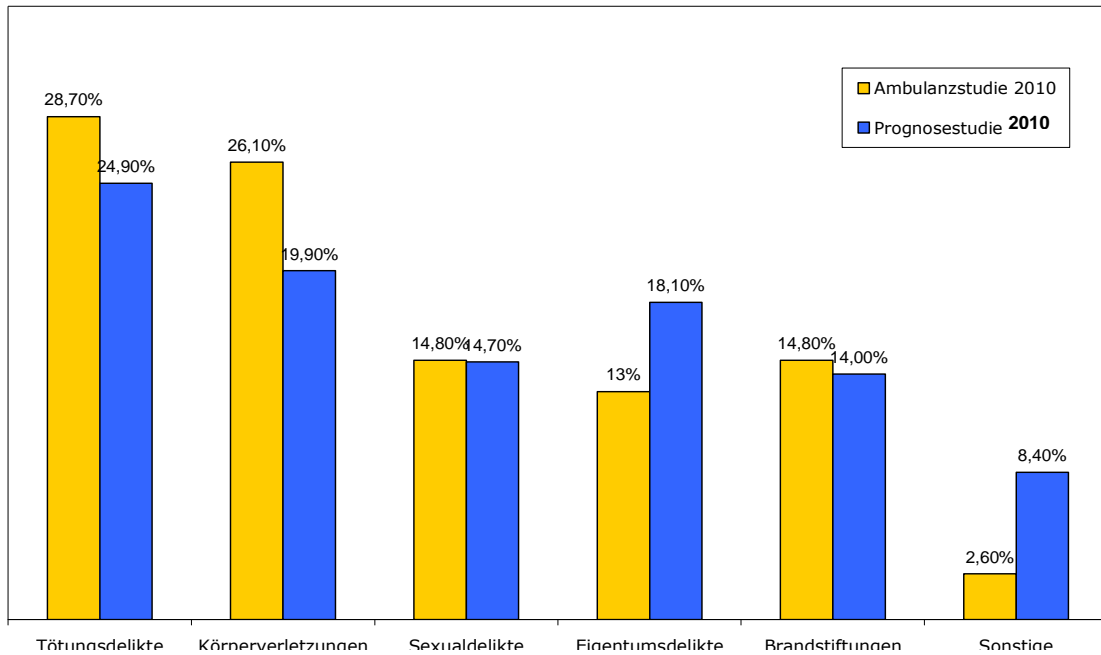


Abb.3: Verteilung der Hauptdeliktgruppen Ambulanzstudie 2010 (n=115) vs. Prognosestudie 2010 (n=321)

4.1.5 Unterbringungsdauer

Die mittlere Verweildauer aller 104 aus stationärer Unterbringung Entlassenen betrug etwa 8,4 Jahre (101 Monate; Standardabweichung 59,2 mit einer erheblichen Spannweite von 17 bis 299 Monaten); der Median betrug 7,5 Jahre.

Betrachtet man die Unterbringungsdauer im Hinblick auf Diagnose- und Deliktgruppen, ergaben sich folgende Unterschiede (s. Tab.4 und 5):

Tab.4: Verweildauer im Maßregelvollzug je nach Diagnosegruppe (in Jahren)

Diagnosegruppen (n=104)	mittlere Verweildauer / Median
Hirnorganische Störungen (n=10)	9,8 / 7,2
Schizophrenie (n=58)	7,0 / 5,9
Affektive Störungen (n=4)	5,2 / 4
Persönlichkeitsstörungen (n=25)	10,2 / 9,8
Intelligenzminderungen (n=7)	14,3 / 12,3

Tab.5: Verweildauer im Maßregelvollzug je nach Deliktgruppe (in Jahren)

Deliktgruppen (n=104)	mittlere Verweildauer / Median
Tötungsdelikte (n=32)	9,3 / 8,9
Körperverletzungsdelikte (n=28)	5,2 / 4,9
Sexualdelikte (n=16)	11,6 / 11,3
ohne Gewalt (n=3)	12,3 / 12,8
mit Gewalt (n=13)	11,5 / 11,3
Eigentumsdelikte (n=11)	8,7 / 6,7
ohne Gewalt (n=6)	8,3 / 7,7
mit Gewalt (n=5)	9,1 / 7,6
Brandstiftungen (n=14)	9,6 / 9,2
Sonstige (n=3)	9,1 / 8,5

Die durchschnittliche Verweildauer von 8,4 Jahren (Median: 7,5 Jahre; s. Tab.6) lag erkennbar höher als die vom KrimZ (2008) für das Jahr 2006 errechnete mittlere Unterbringungsdauer (Median) von 5,5 Jahren (2002: 4,5 Jahre). Auch wenn bundesweit insgesamt eine Steigerung zu verzeichnen ist, erscheint der Wert für Nordrhein-Westfalen recht hoch. Dessecker (2008) wies diesbezüglich darauf hin, dass ein rechnerischer Abzug der Langzeitbeurlaubungen von den Unterbringungsdauern zu einem insgesamt deutlich reduzierten Medianwert (2006: 4,7 Jahre) führt. Nach seinen Berechnungen wurden 2006 73% der entlassenen Maßregelpatienten für längere Zeit beurlaubt. Die Beurlaubungen dauerten im Mittel mehr als 11 Monate. In Nordrhein-Westfalen erfolgten in den Jahren 2002–2006 ebenfalls bei drei Vierteln der Patienten (76,5%; n=88) Langzeitbeurlaubungen. Die durchschnittliche Dauer (Median) betrug 1 Jahr 4 Monate, wobei eine erhebliche Spannbreite zu verzeichnen war (s. Kap.4.1.1).

Tab.6: Verweildauern im Vergleich

Ambulanzstudie (n=104; Jahre)		BRD 2006* (n=474; Jahre)	
MW	Md	MW	Md
8,4	7,5	6,6	5,5
Spannweite	1,4 bis 24,9	0,3 bis 36,8	

*Dessecker 2008

Die längeren Unterbringungsauern in NRW korrespondierten mit einer (im regionalen Vergleich) niedrigen Entlassungsquote: Betrug im Jahr 2006 bundesweit das Verhältnis von entlassenen zu untergebrachten Patienten 1:13, so wurde in NRW nur jeder 25. Patient entlassen. Damit rangiert das Land an vorletzter Stelle aller Bundesländer (Dessecker 2008, 78). Deutlich entlassungsfreudiger waren die Länder Bayern (1:10,8), Baden Württemberg (1:5,5) und Mecklenburg-Vorpommern (1:9,7).

Gliedert man die Deliktgruppen nach deren Unterbringungsauern (Tab.A-2), so zeigte sich für Sexualdelikte mit 11,3 der höchste Medianwert; bei gewaltlosen Delikten dauerte der Aufenthalt länger als bei sexuellen Gewaltdelikten. Diese Differenz war nicht so ausgeprägt, wie sie noch von Leygraf (1988) oder auch – abgeschwächer – von Dessecker (2008) festgestellt wurde (siehe auch Seifert & Leygraf, 1997 und Seifert, 2007). Die längste Unterbringungszeit (fast 25 Jahre) wies ein Patient auf, der wegen eines sexuellen Gewaltdelikts untergebracht war.

Wie auch bei der bundesweiten Erhebung der Unterbringungsauern folgten dann die Maßregelpatienten mit Brandstiftungs- und Tötungsdelikten mit einem Median um 9 Jahre. Der niedrigste Medianwert von 4,9 Jahre fand sich in der quantitativ bedeutsamen Gruppe der Körperverletzungsdelikte, die damit kürzer als die Patienten mit Eigentumsdelikten (6,7 Jahre) behandelt wurden – auch diese Werte befanden sich wiederum in Übereinstimmung mit dem Bundesdurchschnitt.

Betrachtet man die Unterbringungsauern im Hinblick auf die Diagnosen (s. Tab.A-1) bestätigt sich der Befund von Seifert (2007), dass Patienten mit einer Intelligenzminderung am längsten untergebracht waren (Median: 12,3 Jahre). Auch wenn die Anzahl dieser Patienten vergleichsweise gering ausfiel, ist doch eine erhebliche Abweichung vom durchschnittlichen Wert (7,5 Jahre) festzustellen. Beträgt der Unterschied zur Gruppe der Persönlichkeitsstörungen in einer (nur) 20% längeren Unterbringungsauer, so ist diese im Vergleich mit der Gruppe der schizophrenen Patienten sogar doppelt so lang.

4.2 Rückfälle und strafrechtliche Auffälligkeiten in der Nachsorge

4.2.1 Zur Problematik von Registerauszügen

Auszüge aus dem Bundeszentralregister bilden die tatsächliche Kriminalität bekanntlich nur unvollständig ab. Viele Delikte werden nicht entdeckt und nicht angezeigt (Dunkelfeldproblematik) oder führen zu keiner Verurteilung. Die Aussagekraft von Rückfallzahlen anhand von Registerauszügen ist zudem durch die Ausklammerung der Verfahrenseinstellungen nach §§ 153, 153a StPO – ob mit oder ohne Beteiligung des Gerichts, ob vor oder in der Hauptverhandlung – eingeschränkt (Jehle et al. 2003). Bei forensischen Patienten kommt es häufig zu Einstellungen wegen Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB. Die dahinter liegenden Straftatbestände wurden in der Vergangenheit nicht aufgeführt und gehen damit einer differenzierten Rückfallstatistik verloren. Anders als bei den aus Haft entlassenen Straffälligen sind allerdings bei den aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten keine Datenausfälle durch Löschung zu erwarten. Werden bei Strafentlassenen oftmals bereits nach fünf Jahren (ohne erneute rechtskräftige Verurteilung) Tilgungen vorgenommen, so bleiben bei Maßregelpatienten die Eintragungen bis zum 90. Lebensjahr erhalten.

Die Validität von BZR-Auszügen als Datenquelle für Rückfälligkeit leidet zudem an einer lückenhaften bzw. zeitlich verzögerten ‚Meldemoral‘ der an das BZR meldenden Stellen (Jehle et al 2003), die zu fehlenden Einträgen führen. Grentenkord (2001) berichtete von ca. 6% der BZR-Auszüge, bei denen trotz erfolgter Aburteilung kein Eintrag vorhanden war. In der vorliegenden Studie war dies ebenfalls bei sieben angeforderten Auszügen der Fall.

Nach einer Studie von Dimmek und Westendarp (2008) ist bei den nach Unterbringung gemäß § 64 StGB entlassenen Patienten die Quote der „Auffälligen“ nach Aktenlage der Führungsaufsicht / Bewährungsaufsicht höher als in den BZR-Auszügen ausgewiesen. Hartl (2010) befragte im Rahmen der. „Regensburger Katamnesestudie“ entlassene Patienten nach ihren Rückfällen und verglich sie mit BZR-Auszügen. Ergebnis war eine insgesamt sehr hohe Übereinstimmung: Die Abweichung von 5 - 7 % war auf zusätzliche Angaben der Patienten (also mehr Delikte als tatsächlich im BZR vermerkt) zurückzuführen. Da-

her sollten Ergebnisse in Studien, die sich lediglich auf BZR-Auszüge beziehen, kritisch diskutiert werden.

4.2.2 Häufigkeit

Insgesamt kam es bei 23 der insgesamt 115 Patienten (1 weibl., 22 männl.) der Stichprobe (n=115) zu Eintragungen im Bundeszentralregister (BZR). Die Katamnesezeit betrug 4,4 Jahre (MW) bei einer Spannweite von 29 bis 93 Monaten (Standardabweichung 16,25).

In das Zentralregister werden alle rechtskräftigen Entscheidungen der Gerichte eingetragen. Dazu gehören auch Einstellungen wegen Schuldunfähigkeit, Verlängerung der Führungsaufsicht und Widerruf der Aussetzung einer Maßregel. Da diese Eintragungen nicht immer eine Straftat bzw. einen Rückfall zur Voraussetzung haben, sondern in vielen Fällen aufgrund von Weisungsverstößen erfolgen, wird hier summierend von ‚strafrechtlich relevanten Auffälligkeiten‘ bzw. von ‚Auffälligen‘ gesprochen, die dann im weiteren nach Art, Schwere und juristischen Konsequenzen differenziert werden (s. Tab.8 und 10). In der Hälfte der Fälle (12 von 23 – 52%) führten diese ‚Auffälligkeiten‘ nicht zu einem erneuten Freiheitsentzug.

In Tab.7 folgt eine Übersicht über die Anzahl sowohl der von den Ambulanzen rekrutierten als auch der auffälligen Patienten.

Tab.7: Aufstellung der forensischen Ambulanzen mit dem Anteil der rekrutierten sowie der auffälligen Patienten

Forensische Ambulanzen	Entlassungen	Auffällige	
	n	n	%
LVR			
Bedburg	6	4	66,7
Bonn	4	1	25
Düren	21	3	14,3
Düsseldorf	1	0	0
Essen	5	0	0
Köln	5	0	0
Langenfeld	10	4	40
Viersen	8	0	0
Summe	60	12	20
LWL-Klinikverbund			
Münster	8	2	25
Lengerich	8	3	37,5
Dortmund	1	0	0
Hemer	12	4	33,3
Herten	2	0	0
Paderborn	9	1	11,1
Warstein	1	0	0
Lippstadt	1	0	0
LWL-Maßregelvollzug			
Lippstadt-Eickelborn	1	0	100
Marsberg	3	0	0
Dortmund	7	1	14,3
Summe	53	11	20,8
Andere Träger			
Bielefeld	1	0	0
Telgte	1	0	0
Summe	2	0	0
Gesamt	115	23	20

4.2.3 Art der strafrechtlichen Auffälligkeiten

Tab.8: Art der strafrechtlichen Auffälligkeiten in der Nachsorge (n=23)

Strafrechtliche Auffälligkeiten / Eintragungen im BZR	n	Anteil an Gesamtgruppe (n=115)
Erneute Straftaten	15	13%
Körperverletzungen	2	1,7
Sexualdelikt ohne Gewalt	1	0,9
Eigentumsdelikte ohne Gewalt	6	5,2
Sonstige Delikte z.B. Sachbeschädigungen, Vergehen gegen StVG und BtMG	6	5,2
Verstoß gegen richterliche Weisungen	8	7%
Summe	23	20%

Fünf der insgesamt 15 Rückfalldelikte waren einschlägig (s. Tab.9; Nr.1-5), also weitgehend mit den Anlassdelikten identisch bzw. der gleichen Deliktgruppe zugehörig. Dabei waren alle erneuten Straftaten – bis auf die Ausnahme der gefährlichen Körperverletzung (s. Tab.9; Nr.2) - Delikte von geringerer Schwere. Der Patient mit einer Vergewaltigung als Unterbringungsgrund beging nunmehr exhibitionistische Handlungen, die aber auch aus seiner Vorgeschichte bekannt waren (daher hier als ‚einschlägig‘ gefasst).

Tab. 9: Vergleich der Rückfall- mit den Anlassdelikten (n=15)

Nr.	Erneute Straftat	Anlassdelikt
1	Exhibitionismus	Vergewaltigung
2	Gefährliche Körperverletzung	Gefährliche Körperverletzung
3	Körperverletzung	gefährliche Körperverletzung
4	Diebstahl	Schwerer Fall von Diebstahl
5	Schwerer Fall von Diebstahl	Diebstahl mit Waffen, Bandendiebstahl
6	Diebstahl	Räuberischer Diebstahl, räuberische Erpressung
7	Vergehen BtMG	Gefährliche Körperverletzung
8	Verwenden von Kennzeichen verfassungs- widriger Organisationen	Gefährliche Körperverletzung
9	Diebstahl	Sexueller Missbrauch
10	Diebstahl	Bedrohung
11	Sachbeschädigung	Betrug
12	Sachbeschädigung	Schwere Brandstiftung
13	Trunkenheit im Verkehr	Schwere Brandstiftung
14	Betrug	Versuchter Totschlag
15	Fahren ohne Fahrerlaubnis	Totschlag

Zehn Delikte waren nicht einschlägig und zudem Straftaten geringerer Schwere als die Anlassdelikte. So wurden zwei Patienten, die wegen (vers.) Totschlags im Maßregelvollzug untergebracht waren, jetzt mit Betrugsdelikten und Vergehen gegen das Straßenverkehrsgesetz (StVG) auffällig. Auch bei den beiden Brandstiftern kam es lediglich zu Sachbeschädigung und einem Trunkenheitsdelikt im Verkehr. Den Patienten mit einem sexuellen Missbrauch als Anlass tat führte nicht ein Sexual-, sondern ein Diebstahlsdelikt wieder in den Maßregelvollzug.

Von 17 Patienten mit einem Sexualdelikt (siehe Tab.2) kam es nur bei einem Patienten zu exhibitionistischen Handlungen. Als justizielle Reaktion erfolgte dabei auch kein erneuter Freiheitsentzug (*Kasuistik 6*). Auch die 17 Brandstifter wurden nicht einschlägig rückfällig. Von den 33 Patienten, die aufgrund von Tötungsdelikten untergebracht waren, kam es nur in zwei Fällen zu vergleichsweise geringfügigen strafrechtlichen Auffälligkeiten (in beiden Fällen: Fahren ohne Fahrerlaubnis; dabei in einem Fall zusätzlich: Untreue und Diebstahl, *Kasuistik 12*).

4.2.3 Justizielle Reaktionen

Tab.10: Justizielle Reaktionen in der Nachsorge (n=23)

Justizielle Reaktionen	n	Anteil an Gesamtgruppe (n=115)
Freiheitsentziehende Maßnahmen	11	9,6%
Widerruf der Bewährung	8	7%
Haftstrafe ohne Bewährung	1	0,9%
Haftstrafe und Widerruf	2	1,7%
Haftstrafe mit Bewährung	2	1,7%
Geldstrafe	6	5,2%
Einstellung wegen Schuldunfähigkeit § 20 StGB	2	1,7%
Verlängerung der Führungsaufsicht	2	1,7%
unbefristete Führungsaufsicht	1	0,9%
Summe	23	20 %

Der Widerruf der Bewährung erfolgte in jeweils zwei Fällen nach vorangegangenen Sicherungshaftbefehlen (§ 453c StPO) bzw. Wiederinvollzugsetzungen gemäß § 67h StGB. In einem Fall erfolgte der Freiheitsentzug ausschließlich als Haftstrafe. Ein Widerruf war nicht ausgesprochen worden, da nun gutachterlich keine Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit festgestellt werden konnte (*Kasuistik 5*). Für die Anlasstaten war er zunächst noch wegen einer Persönlichkeitsstörung dekulpiert worden, wobei die Unterbringung gemäß § 67 b StGB zur Bewährung ausgesetzt wurde. Der Patient befindet sich bis heute in Haft.

In zwei Fällen war der Widerruf mit der Verhängung einer Haftstrafe verbunden. In einem Fall (*Kasuistik 12*) wurde der Patient zu einer Ersatzstrafe verurteilt, da er eine zuvor verhängte Geldstrafe nicht bezahlen wollte. Kurz nach Haftantritt erfolgten dann der Widerruf und die erneute Unterbringung im Maßregelvollzug bis heute. Im anderen Fall (*Kasuistik 7*) wurde der Patient wegen Körperverletzungen zu sieben Monaten Strafe verurteilt. Im BZR findet sich auch der Widerruf der Aussetzung der Maßregel, die später dann im Rahmen des § 64 StGB vollstreckt wurde.

In einem Fall war nach einem Sicherungshaftbefehl kein Widerruf erforderlich; in weiteren zwei Fällen erfolgten nach Krisenintervention (§ 67h StGB) eben-

falls kein Widerruf. In diesen Fällen konnte die Rehabilitation nach einer erfolgten psychischen Stabilisierung fortgesetzt werden.

Weniger als die Hälfte aller strafrechtlichen Auffälligkeiten wurden justiziell mit Freiheitsentzug geahndet. In sechs Fällen waren die erneuten Hospitalisierungen justizielle Reaktionen auf Weisungsverstöße der Patienten. Nur in fünf Fällen (4,3%) erfolgte der Freiheitsentzug als Konsequenz auf erneute Straftaten.

Insgesamt muss man somit bei 9,6% der entlassenen Patienten von einem Scheitern der Rehabilitation (im engeren Sinne) sprechen, da in diesen Fällen die angestrebte Wiedereingliederung erkennbar nicht erfolgreich war. Bei der anderen Hälfte der Patienten, bei denen sich Eintragungen im BZR finden lassen, handelte es sich um Vorkommnisse geringerer strafrechtlicher Relevanz, so dass sich der (Re-)Integrationsprozess zwar phasenweise problematisch gestaltete, aber nicht dauerhaft abgebrochen werden musste.

Tab.11: Zeitpunkt des Auftretens der Auffälligkeit

Zeitspanne nach der Entlassung	n	%
bis 6 Monate	1	4,3
7 bis 12 Monate	5	21,7
13 bis 18 Monate	4	17,4
19 bis 24 Monate	2	8,7
25 bis 36 Monate	5	21,7
37 bis 48 Monate	4	17,4
49 bis 60 Monate	2	8,7
Summe	23	100

Eine erste Häufung von Auffälligkeiten fanden sich in der Zeitspanne zwischen dem ersten halben Jahr und 18 Monaten (s. Tab.11 und Abb.4). In diesem Jahr zeigten sich genau so viele strafrechtliche Auffälligkeiten (n=9; 39,1%) wie in dem dritten und vierten Jahr zusammen. Die Häufigkeit nahm mit zunehmender Dauer der Führungsaufsicht erkennbar ab – im fünften Jahr fanden sich nur noch zwei Eintragungen im Bundeszentralregister.

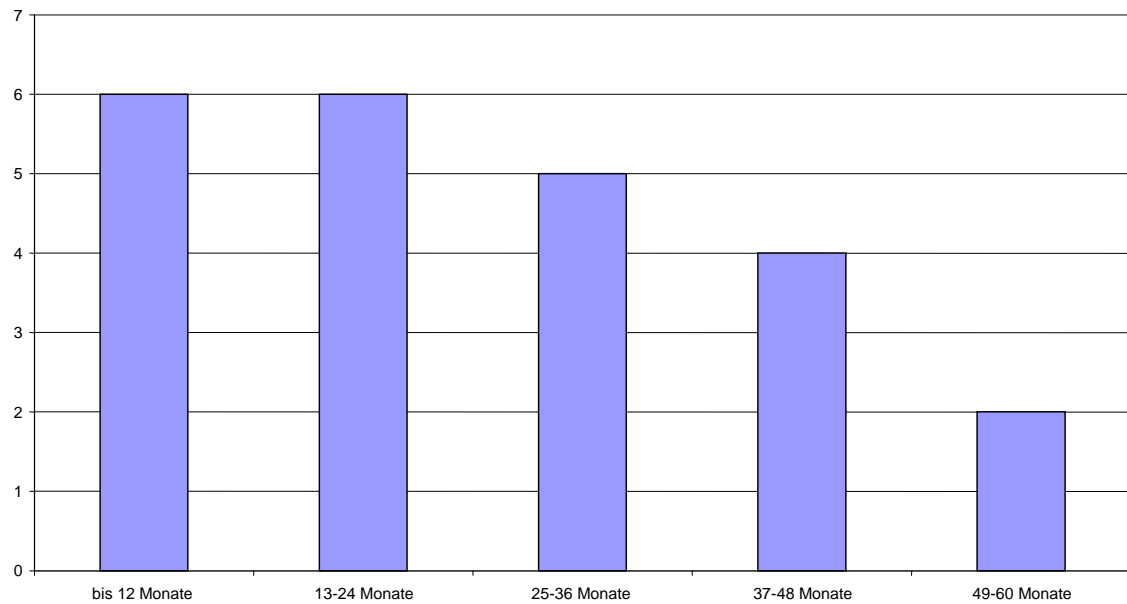


Abb.4: Zeitspanne der Auffälligkeit nach Entlassung (n=23)

4.2.4 Krankheitsformen

Bei der Gegenüberstellung der Auffälligen mit der Gesamtgruppe Nicht-Auffälliger je nach Delikt- bzw. Diagnosegruppen (s. Tab.12 und 13) sind bekannte Unterschiede zu erkennen (u.a. Seifert 2007). Als ‚Problemgruppe‘ zeigte sich unverändert die Gruppe der Persönlichkeitsgestörten, während bei schizophrenen Patienten die Wiedereingliederung vergleichsweise seltener scheiterte (11 von 65 - 16,9%). Bei der Gruppe der Intelligenzgeminderten und den Patienten mit affektiven Störungen gab es - bei geringer Fallzahl - ebenfalls eine beachtliche Anzahl Rückfälliger.

Tab.12: Gegenüberstellung der Diagnosen Auffälliger (n=23) und Nicht-Auffälliger (n=92)

Diagnosen	Auffällige (n=23)		Nicht-Auffällige (n=92)	
	n	%	n	%
Organische Störungen	0	0	10	10,9
Schizophrenie	11	47,8	54	58,7
Affektive Störungen	2	8,7	2	2,2
Persönlichkeitsstörungen	7	30,4	20	21,8
Intelligenzminderungen	3	13	6	6,5

Kasuistik 1

Patient F., geb. 1974, mit einer schizoaffektiven Psychose, leichter Intelligenzmindering und dissozialer Persönlichkeitsstörung wies eine längere Kriminalanamnese auf (Acht Verurteilungen, insgesamt zwei Jahre Haft). Er war bereits zwölfmal stationär-psychiatrisch in der Allgemeinpsychiatrie behandelt worden. Nach Begehung einer gefährlichen Körperverletzung und mehreren Diebstählen wurde er schließlich im Maßregelvollzug untergebracht. Nach 4,3-jähriger Unterbringung wurde der Patient zu seiner Frau mit Kind entlassen, die selber früher Patientin auf der Station war und eine starke Abneigung gegen weitere Betreuung hatte. Er setzte die teilstationäre Arbeitstherapie in der Klinik fort, ging ein- bis zweiwöchentlich zu einem niedergelassenen Therapeuten (der offenbar die Autonomiewünsche des Paares sehr unterstützte) und kam alle zwei Wochen zur Chefarzt-Visite in die forensische Ambulanz, d.h. auf seine ehemalige Station. Aufsuchende Besuche fanden gelegentlich statt, betreutes Wohnen war aber nicht installiert, lediglich die Hebamme war nach der Geburt des Kindes öfter vor Ort. Bereits wenige Monate nach Entlassung kam es zu einem Drogenrückfall mit stationärer Behandlung, einschließlich der Umstellung der Medikation. Nach Rückkehr in die Familie kam es zur raschen Wiederaufnahme mit anschließender längerer (auch tages-) klinischer Behandlung, die schließlich in den Widerruf mündete. Die Krankenkasse wollte die weiteren Zahlungen der mittlerweile 10-monatigen Behandlung nicht mehr übernehmen mit der Begründung, Behandlungsbedürftigkeit sei nicht gegeben, offenbar solle nur eine „Forensifizierung“ vermieden werden. Aus dem Widerrufsbeschluss: „Der Untergebrachte kam zunächst freiwillig zur stationären Aufnahme, nachdem es im Vorfeld seit drei Tagen zu exzessivem Alkohol- und Marihuanakonsum gekommen war. Hintergrund war ein Streit mit der Ehefrau, die Scheidungsabsichten angekündigt hatte und wohl auch ‚fremd gegangen‘ war... Aus der Sicht der Klinik erscheint es notwendig, ein komplett neues Rehabilitationssetting zu erarbeiten“. Die Möglichkeit einer Wiedereinvolvierung nach § 67h StGB gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht; hätte offenbar bei der Problematik (zeitlich) auch nicht ausgereicht.

Fazit: An dem Beispiel zeigt sich ein klassischer „Fallstrick“, wenn von der Nachsorge zu sehr auf die illusionären Vorstellungen und die Beteuerungen des Patienten gebaut wird (hier: er habe ‚nun schließlich Verantwortung für Frau und Kind‘ und werde deshalb stabil bleiben). Im Nachhinein wurde die häusliche Situation auch von der Ambulanz als Überforderung der realen Ressourcen des Patienten bewertet. Das Paar hatte aber offenbar sehr viel Druck gemacht. Das Helfernetz war sicher nicht eng genug bzw. nicht wirklich existent, wobei das Agieren, insbesondere der Ehefrau, durch den externen Therapeuten noch verstärkt wurde. Die Ambulanz bereitet aktuell einen erneuten

Entlassungsversuch vor, wobei diesmal hochfrequentes Betreutes Wohnen und konsequentes Case Management durch die Ambulanz angestrebt wird.

Bei den intelligenzgeminderten Patienten findet sich eine Gruppe (n=4), die auch in der Nachsorge mit fortgesetzten Rechtsbrüchen auffällig bleibt. Delikte, meist weniger schwerwiegender Art, sind bei diesen Patienten offenbar nicht zu verhindern, sondern können allenfalls durch Betreuung und Kontrolle in ihrer Häufigkeit eingegrenzt werden. So mussten bei zwei der Auffälligen reguläre Entlassversuche (auf Bewährung, § 67d Abs.2 StGB) schon während der Langzeitbeurlaubung wegen persistierender dissozialer Handlungen abgebrochen werden. Die Entlassungen aus der Unterbringung erfolgten schließlich als ‚Erledigungen‘ (wegen Unverhältnismäßigkeit, § 67d Abs.6 StGB). In den anderen beiden Fällen wurde trotz fortgesetzter Diebstähle oder Alkoholrückfällen während der Beurlaubung die Aussetzung zur Bewährung beschlossen. In drei Fällen kam es in der Führungsaufsicht zu wiederholten Eigentumsdelikten, die entweder gar nicht zur Anzeige gebracht wurden, wegen Schuldunfähigkeit eingestellt oder lediglich mit Geldstrafen justiziell geahndet wurden.

Dass diese Patienten trotz wiederholter Delinquenz weiter ‚draußen‘ verbleiben konnten, ist wohl nur dank der engmaschigen Betreuung durch eine (zum Teil geschlossen geführte) heilpädagogische Einrichtung oder durch ein der Klinik angeschlossenes Heim (sog. ‚Wohnverbund‘ des LWL bzw. ‚Abteilung für soziale Rehabilitation‘ des LVR) möglich gewesen. Eine Einrichtung der Gemeindepsychiatrie nimmt solche, auch auf längere Sicht auffälligen und dissozial gefährdeten Patienten nur in Ausnahmefällen auf - und ist damit auch meist überfordert, wie sich anhand der nachfolgenden Kasuistik zeigte. In diesem Fall kam es schließlich doch zum Widerruf der ausgesetzten Maßregel aufgrund von Verstößen gegen richterliche Weisungen:

Kasuistik 2

Intelligenzgeminderter Patient H., geb. 1968, beging zahlreiche schwere Brandstiftungen, wobei er sich stets an den Löscharbeiten beteiligte und als Zeuge auftrat. Zündete zuletzt einen Pferdestall (incl. 3 Pferde) an mit einem Sachschaden von 40.000 Euro. Zuvor hatte er eine schwere räuberische Erpressung begangen, indem er sich (unter Vorwand eigener Hilfsbedürftigkeit) Einlass in eine Wohnung verschaffte, um dann den

Bewohner zu attackieren, zu würgen und Geld zu erpressen. IQ von 55-70. Gutachter befand: Patient „entspricht in fast prototypischer Weise dem pyromanen Brandstifter. Minderbegabt, kontaktscheu, misstrauisch und häufig überfordert in zwischenmenschlichen Kontakten, nicht introspektionsfähig, kann nicht genau erspüren, was ihn enttäuscht oder verärgert. Dumpfes Unbehagen, diffuse Anspannung, häufiger Alkoholkonsum, der wiederum Hemmschwellen gegenüber fremdaggressiven Impulsen bzw. Spannungsabfuhr (Brände) senkt“.

Nach über 11-jähriger Unterbringung wurde der Patient für 20 Monate in zwei Wohnheime für psychisch Behinderte mit oftmaligen Rückverlegungen langzeitbeurlaubt. Bereits fünf Monate nach der Entlassung auf Bewährung wurde von fünf Alkoholrückfällen berichtet, viele wurden erst im Nachhinein vom Patienten eingeräumt. Kontakt zu den Anonymen Alkoholikern wurde trotz Weisung nicht aufgenommen. Es kam zu mehreren stationären Entgiftungen, auch im Anschluss an Entweichungen aus dem Wohnheim. Hintergründe waren meist Konflikte mit seiner Freundin. Das Wohnheim wollte ihn schließlich nicht mehr aufnehmen: es war dort (in einem angrenzenden Schuppen) zu einem Brand gekommen, wobei der Patient die Feuerwehr alarmiert hatte. Da er auch aus der folgenden (freiwillig) geschlossenen Unterbringung entwich, wurde nach seiner Rückkehr zunächst der Sicherungshaftbefehl gemäß § 453 c StPO, dann der Widerruf angeordnet. Als Gründe für das Scheitern wurde seitens der Gutachterin die Problematik mit der Freundin, die seltener zu Besuch kommen konnte, das Fehlen einer Beschäftigung am Wochenende, fehlende Akzeptanz seitens der Mitbewohner und das „Sichverstricken in Lügen und Heimlichkeiten“ gegenüber den Mitarbeitern angegeben.

Aus Sicht seiner heutigen Therapeutin einer Longstay-Station sei die Entlassung damals zu früh und in das falsche Setting erfolgt. Im Wohnheim für psychisch Kranke sei er mit der Bewältigung des Alltags überfordert, da er schnell hoch irritierbar ist, ständige Präsenz von Personal braucht, das ihn bei der Affektregulation unterstützt. Er benötige ein heilpädagogisches Wohnheim mit 24-Stunden-Betreuung für geistig Behinderte. Der Einsatz von Antabus könnte hilfreich sein. Eine erste Entlassung 3 Jahre nach der Tat war bereits einmal gescheitert, als er ebenfalls in einem Wohnheim für psychisch Kranke probeweise entlassen worden war und dort eine Brandstiftung begangen hatte.

4.2.5 Unterbringungsdelikte

Tab.13: Gegenüberstellung der Unterbringungsdelikte Auffälliger (n=23) und Nicht-Auffälliger (n=90)

Delikte	Auffällige (n=23)		Nicht-Auffällige (n=90)	
	n	%	n	%
Tötungsdelikte	2	8,7	29	32,2
Körperverletzungen	8	34,8	22	24,4
Sexualdelikte	2	8,6	15	16,7
ohne Gewalt	1	4,3	3	3,4
mit Gewalt	1	4,3	12	13,3
Eigentumsdelikte	5	21,7	10	11,1
ohne Gewalt	2	8,7	4	4,4
mit Gewalt	3	13	6	6,7
Brandstiftungen	4	17,4	13	14,4
Sonstige	2	8,7	1	1,1

4.3 Rückfälle und strafrechtliche Auffälligkeiten im Vergleich

4.3.1 Merkmale der Gruppe der Nicht-Zustimmer im Vergleich

Daten und BZR-Auszüge konnten zunächst nur von denjenigen Patienten ausgewertet werden, die ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie unterschrieben und eine Entbindung von der Schweigepflicht erklärt hatten. Wie im methodischen Kapitel (3.3.2.2) näher ausgeführt wurde, gelang es dank Unterstützung durch den Landesbeauftragten (MRV) zumindest Auszüge aus dem Zentralregister auch derjenigen Patienten zu erhalten, die ihre Teilnahme verweigert hatten oder nicht (mehr) erreichbar waren („Nicht-Zustimmer“: n=110). Diese Auskünfte geschahen in anonymisierter Form: Namen, Geburtsdaten, Geschlecht und Adressen waren nicht erkennbar; neben der Nationalität waren nur Verurteilungen wegen Straftaten, Anordnungen von Maßregeln und Verfahrenseinstellungen wegen Schuldunfähigkeit erfasst. Aussetzungen der Maßregeln zur Bewährung waren überwiegend, aber bei weitem nicht immer enthalten. Auf diesem Wege konnte auch für die Gruppe der „Nicht-Zustimmer“ Art und Häufigkeit erneuter Delinquenz errechnet und mit der Gruppe der „Zu-

stimmer“ (n=115) verglichen werden. Weitergehende Daten, insbesondere auch zur ambulanten Nachsorge, konnten indes nicht erhoben werden.

Nationalität (n=107): 84,1% (n=90) der Patienten waren Deutsche, 11 Patienten waren türkischer Nationalität (10,3%) und 4 Patienten stammten aus Osteuropa (3,7%).

Katamnesezeitraum zum Erhebungszeitpunkt (24.09.2009): 63,7 Monate (5,3 Jahre) bei einer Spannweite von 29 bis 95 Monaten (MW und Md identisch). Es fand sich somit ein nahezu ein Jahr längerer Katamnesezeitraum im Vergleich zur Gruppe der Zustimmungmer (4,4 Jahre) bei gleicher Spannweite.

Bei den Deliktgruppen (n=108) standen die Tötungsdelikte an erster Stelle (31; 28,2%), gefolgt von Körperverletzungen mit 22 Delikten (20%). Sexualdelikte und Eigentumsdelikte kamen 19-mal vor (jeweils 17,3%), Brandstiftungen machten einen Anteil von 11,8% (n=13) aus, nur 4 Delikte (3,6%) fielen unter die Kategorie ‚Sonstige‘. Anders als bei den Eigentumsdelikten, bei denen das Verhältnis von ‚mit Gewalt‘ und ‚ohne Gewalt‘ ausgeglichen war, war der Gewaltanteil bei den Sexualdelikten mit 73,7% (n=14) hoch.

Im Vergleich zur Gruppe der Zustimmungmer (n=115) war die strafrechtliche Vorgeschichte insgesamt ähnlich (s. Tab.A-4): Bei den Anlasstaten war der Anteil der Tötungsdelikte identisch; bei den anderen Deliktgruppen variierten die Anteile um 3 bis 4 %: So war der prozentuale Anteil der Sexualdelinquenten bei den ‚Verweigerern‘ etwas höher, bei den Körperverletzungen entsprechend niedriger. Andere Indikatoren für die delinquente Vorbelastung (Anzahl der Verurteilungen bzw. Eintragungen im BZR, Gesamtdauer bisheriger Inhaftierungen) zeigten eher eine Mehrbelastung der Zustimmungmer. Diese Gruppe war zu einem Drittel (vs. einem Fünftel der Nicht-Zustimmungmer) bereits (mehrfach) zu Gefängnisstrafen verurteilt worden; die Differenz hinsichtlich vorheriger Verurteilungen betrug ca. 10% (62,7% vs. 51,4%).

Diagnostisch lassen sich aus den BZR-Auszügen keine Angaben entnehmen. Aus der Verteilung der Paragraphen 20 und 21 StGB lassen sich lediglich grobe Anhaltspunkte ermitteln. So sind von 109 Angaben im BZR 60 Patienten (55%) nach § 20 StGB und 49 Patienten (44,5%) nach § 21 StGB verurteilt worden.

4.3.2 Art der strafrechtlichen Auffälligkeiten

In Tab.14 findet sich eine differenzierte Auflistung der 18 Rückfalldelikte, in Tab. 15 werden die darauf folgenden justiziellen Maßnahmen dargestellt.

Tab.14: Art der Auffälligkeiten bei den Nicht-Zustimmern (n=30)

Strafrechtliche Auffälligkeiten / Eintragungen im BZR	n	Anteil an Gesamtgruppe (n=110)
Erneute Straftaten	18	16,4%
Körperverletzungen	0	0
Sexualdelikte	4	
ohne Gewalt	3	3,6%
mit Gewalt	1	
Eigentumsdelikte ohne Gewalt	7	6,4%
Brandstiftungen	2	1,8%
Sonstige Delikte	5	4,5%
z.B. Sachbeschädigung, Vergehen gegen StVG, Beleidigung		
Verstoß gegen richterliche Weisungen	12	10,9%
Summe	30	27,3%

Fünf Straftaten (alle vier Sexualdelikte und eine Brandstiftung) waren ein-schlägig; bei den anderen war ohne Ausnahme eine - zum Teil erhebliche - Abnahme der Deliktschwere zu verzeichnen: So beging ein Patient, der anlässlich eines Tötungsdeliktes untergebracht war, nun einen Diebstahl. Bei den auffällig gewordenen Brandstiftern kam es in einem Fall zu ‚Fahren ohne Fahrerlaubnis‘, im anderen zu einer Sachbeschädigung. Bei Patienten mit einer gefährlichen oder schweren Körperverletzung (in einem Fall auch mit Todesfolge) als Anlassdelikt kam es in einem Fall zu einem Einbruchsdiebstahl, in einem weiteren zu ‚Trunkenheit im Verkehr‘. In einem dritten Fall wurde der Patient wegen ‚Entziehung elektrischer Energie‘ zu einer Geldstrafe verurteilt.

Ein detaillierter Vergleich der Rückfall- mit den Anlassdelikten bei den Nicht-Zustimmern befindet sich im Anhang, Tab.A-6.

4.3.3 Justizielle Reaktionen

Tab.15: Justizielle Reaktionen (n=30)

Justizielle Reaktionen	n	Anteil an Gesamtgruppe (n=110)
Freiheitsentziehende Maßnahmen	18	16,4%
Widerruf der Bewährung	11	10%
Haftstrafe ohne Bewährung	3	2,7%
Haftstrafe und Widerruf	2	1,8%
Haftstrafe und erneute Maßregel	2	1,8%
Haftstrafe mit Bewährung	2	1,8%
Geldstrafe	6	5,5%
Einstellung wegen Schuldunfähigkeit § 20 StGB	1	0,9%
Verlängerung der Führungsaufsicht	3	2,7%
unbefristete Führungsaufsicht	2	1,8%
Summe	30	27,3%

Im Vergleich mit den Auffälligkeiten der Gruppe der Zustimmer ergab sich eine insgesamt etwas höhere Belastung mit strafrechtlichen Auffälligkeiten. Dabei ist zunächst zu bedenken, dass der Katamnesezeitraum fast ein Jahr länger ausfiel. Es fanden sich bei 27,3% (vs. 20%) Eintragungen im Strafregister. Die erhöhte Summe aller Eintragungen ergab sich zum einen aus einer erhöhten Rate derjenigen Patienten, die gegen Weisungen verstoßen hatten (10,9% vs. 7%). Der Unterschied bei den erneuten Straftaten betrug 3,4% (n=18 vs. n=15). Bemerkenswert ist zudem, dass es in der Gruppe der Nicht-Zustimmer keine erneuten Körperverletzungsdelikte gab; in der Gruppe der Zustimmer waren es (lediglich) zwei. Allerdings fand sich in der Gruppe der Nicht-Zustimmer bei den Sexualdelikten (n=4 vs. n=1) und den Brandstiftungen (n=2 vs. n=0) eine erhöhte Rückfallquote gegenüber der Untersuchungsgruppe. Das insgesamt etwas schwerwiegendere Deliktprofil derjenigen Patienten, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, hat dementsprechend auch zu einer erhöhten Anzahl von Freiheitsentzügen geführt. Insgesamt sind Delikte, die mit Gewalt gegen Personen einhergehen, in beiden Gruppen ähnlich gering: bei den Nicht-Zustimmern findet sich eine sexuelle Nötigung, bei den Zustimmern zwei Körperverletzungen.

4.3.4 Vergleich mit den Ergebnissen anderer Rückfallstudien

Um einen Vergleich mit anderen Rückfallstudien (s. Tab.16) zu ermöglichen, wird die Analyse der Rückfallkriterien entsprechend der folgenden Einteilung vorgenommen:

R₁: *generelle* Rückfälligkeit (jegliche Auffälligkeit, die zu einer Eintragung im Strafregister geführt hat, unabhängig vom Delikt oder der Deliktschwere, auch "wegen Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB eingestellt");

R₂: *schwere* Rückfälligkeit (Delikte mit Verurteilungen zu Haftstrafen, erneuter Unterbringung oder Widerruf der ausgesetzten Maßregel);

R₃: *spezielle* Rückfälligkeit (Delikte gegen Leib und Leben sowie Sexualdelikte, räuberische Erpressung, Nötigung und Bedrohung in Zusammenhang mit der Verurteilung zu einer Haftstrafe oder erneuter Verurteilung bei Widerruf der Bewährungsentlassung. Widerrufsfälle ohne erneute Verurteilung oder Unterbringung wurden unter R₂ eingeordnet).

Tab.16: Untersuchungen zur Rückfälligkeit von Maßregelpatienten gemäß § 63 StGB⁺

Untersuchung	N	Katamnese (in Jahren)	R ₁ *	R ₂ *	R ₃ *
Ritzel 1978	443	9,5	47%	30%	/
Jacobsen 1985	135	3-5	7%	/	/
Heinz et al. 1996	201	2-5,5	10%	/	4%
Dessecker 1996	94	2	18%	/	4%
Dimmek&Duncker 1996	120	4-11	21%	20%	9%
Jockusch 1996	182	7,4	45%	29%	19%
Dessecker 1997	69	5	41%	28%	4%
Jockusch & Keller 2001	169	5	40%	26%	10%
Gretenkord 2001	196	8,5	43%	29%	11%
Seifert 2007	255	3,9	21,6	13,3%	7,5%
Seifert 2010	321	7,5	31,5%	17,4%	10,3%
Schmidt-Quernheim & Seifert 2010**	225	4,8	23,6%	12,9%	3,1%

⁺ Die Autoren sind im Literaturverzeichnis zu ersehen

* R₁: generelle Rückfälligkeit; R₂: schwere Rückfälligkeit; R₃: spezielle Rückfälligkeit

/ Zahlen nicht aus den Studien eruierbar

**Die beiden Gruppen der ‚Zustimmer‘ (n=115) und ‚Nicht-Zustimmer‘ (n=110) zusammengefasst

4.4 Untersuchung der Stichprobe im Vergleich

4.4.1 Soziodemographische Daten

Zur Erfassung anamnestischer Risikomerkmale erfolgte eine Gegenüberstellung der Gruppe ‚Auffälliger‘ (n=23) mit der Gruppe ‚Nicht-Auffälliger‘ (n=92). Um der dabei grundsätzlich bestehenden Gefahr von Konfundierungen (s. Kap. 2.3.3) – aufgrund des Überwiegens bestimmter Delikt- oder Diagnosegruppen – zu begegnen und die soziodemographischen Daten möglichst unbeeinflusst analysieren zu können, wurde eine gematchte Vergleichsgruppe (n=23) gebildet: Jedem auffälligen Probanden wurde ein nach Delikt, Diagnose, Unterbringungsdauer, Alter und Geschlecht ausgewählter Zwilling zugeordnet, bei dem es bei der Wiedereingliederung im Katamnesezeitraum zu keinen Eintragungen im BZR kam.

Generell schlechte bis desolante Sozialisationsbedingungen sind bei Maßregelpatienten hinlänglich bekannt (u.a. Schumann 1983, Leygraf 1988). In der Studie wurden dazu einige Variablen erhoben, die allerdings in ihrer Aussagekraft je nach Qualität und Vollständigkeit der Aktenlage variierten. In der Regel ließen sich jedoch ausgeprägte Formen von Verhaltensstörungen seit frühester Kindheit, massive Probleme in Schule, Ausbildung und beruflicher Tätigkeit recht gut aus den Unterlagen extrahieren (Tab.A-7). Bei der Hälfte aller Patienten bestanden nicht nur eine unvollständige Primärfamilie, sondern auch – insbesondere bei der Gruppe der Auffälligen - erhebliche Entwicklungsstörungen, die sich in den Akten allgemein als ‚Retardierung‘ oder ‚Hyperaktivität‘ wiederfinden oder konkret als Stottern, Bettnässen, Selbstverletzungen, Weglaufen, Tierquälen, Essstörungen, aggressive Impulsdurchbrüche, Diebstähle etc. beschrieben wurden. Dokumentiert wurden heftige körperliche Misshandlungen, insbesondere durch die Väter, daneben auch sexueller Missbrauch, Herumstreunen, oftmals im Strichermilieu, meist mit darauf folgenden Heimunterbringungen.

Die Gruppe der Auffälligen zeigte auch beim Schulbesuch gegenüber den beiden Vergleichsgruppen erheblich stärkere Belastungen; gegenüber der gematchten Gruppe sind sogar doppelt so häufig massive Probleme (Schulschwänzen, aufsässig-störendes, aggressives und dissoziales Verhalten, früher

Drogenmissbrauch etc.) in der Schule dokumentiert. In fast 27,3% der Fälle kam es in dieser Gruppe zu überhaupt keinem Schulbesuch! Hier handelte es sich offenbar um eine besonders belastete, kaum integrierbare Gruppe von oftmals intelligenzgeminderten Kindern mit erheblichen Entwicklungs- und Lernstörungen, bei denen entweder auf dauerhaftes Schuleschwänzen keine Reaktion erfolgte oder die schon früh als ‚nicht förderbar‘ ausgeschult wurden.

Kasuistik 3

Nicht selten finden sich Verläufe, in denen Intelligenzgeminderte - offenbar unbehelligt von öffentlicher Wahrnehmung - für sehr lange Zeiträume im elterlichen Haushalt zurückgehalten werden. Bei Patient M. stellte sich erst mit dem Tod der Mutter heraus, dass der mittlerweile 45-jährige Sohn dort lebte. Im Rahmen der folgenden Bestellung eines Betreuers wurde deutlich, dass der Patient offenbar bis dato amtlich ‚nicht existent‘ war: Es wurde niemals Kindergeld bezogen, Schulbesuch fand überhaupt nicht statt, von einer geregelten Beschäftigung, geschweige denn von einer Versicherung in einer Krankenkasse o.a. konnte nicht die Rede sein. Die 3-monatige Untersuchungshaft nach Begehung mehrerer fahrlässiger Brandstiftungen war für den Patienten der erste längere Aufenthalt außerhalb der elterlichen Wohnung, in der er auch nach dem Tod der Mutter mit seinem ebenfalls behinderten Bruder verblieb. In dieser Zeit beging der Patient zahlreiche Brandstiftungen, die schließlich zur Unterbringung gemäß § 63 StGB führten, die zugleich (gemäß § 67b StGB) zur Bewährung ausgesetzt wurde. Der Patient befindet sich bis heute in einem (teil-)geschlossenen Wohnheim auf betreuungsrechtlicher Grundlage. Immer wieder kam es sowohl zu massiven Autoaggressionen als auch zu Zündeien und Sachbeschädigungen, ohne dass eine justizielle Reaktion erfolgte. Die Arbeit der forensischen Ambulanz bestand in den konsiliarärztlichen Besuchen des Wohnheims, wo ihr im Rahmen von Kurvenvisiten über den Verlauf berichtet wurde.

Für alle Gruppen ist kennzeichnend, dass mehr als die Hälfte der Patienten keinen Schulabschluss erreichten. Auffällig ist weiter, dass sich die wenigen Patienten mit einem höheren Schulabschluss (Abitur oder Mittlere Reife; n=25) mit einer Ausnahme ausschließlich in der Gruppe der Unauffälligen befanden.

Im Hinblick auf die berufliche Qualifikation und die weitere Erwerbstätigkeit zeigten sich über alle Gruppen hinweg erhebliche Problematiken: Lediglich etwa 30% hatten überhaupt eine abgeschlossene Berufsausbildung; bei der

Gruppe der Auffälligen (n=22) waren es sogar nur 19,2%. Störungen der Arbeitsfähigkeit mit der Folge häufiger Stellenwechsel u.a. fanden sich bei der Hälfte der Gesamtstichprobe. Ungefähr ein Drittel hatte (nahezu) überhaupt nie gearbeitet, wobei die Gruppe der Auffälligen wiederum einen höheren Wert als die Gesamtgruppe Nicht-Auffälliger aufwies (38% vs. 26,4%).

Zum Zeitpunkt der Straftat befand sich insgesamt nur jeder zehnte Patient in einer regulären Arbeitstätigkeit, einige wenige hatten Gelegenheitsjobs oder befanden sich in beschützten Beschäftigungen – etwa drei Viertel aller Patienten besaßen demnach zum Tatzeitpunkt keine sinnvolle Tagesstruktur (s. Tab.A-8).

Vergleicht man die Gruppen hinsichtlich besonderer Vorfälle während der Unterbringung (aggressive Übergriffe auf Personal oder Mitpatienten, Delinquenz, Entweichungen oder mehrfacher Substanzmissbrauch), zeigten sich deutliche Unterschiede. Im Vergleich der Auffälligen mit der gematchten Vergleichsgruppe (wiederum ein über 3,5-mal höherer Wert) erreichten die Unterschiede auch statistische *Signifikanz* (s. Tab.17). Die Gruppe derjenigen Patienten, die während der Unterbringung schon mit erheblichen Verhaltensentgleisungen auf sich aufmerksam macht, tritt auch poststationär gehäuft strafrechtlich in Erscheinung.

Tab.17: Signifikante bzw. tendenziell signifikante soziodemographische Daten Auffälliger und Nicht-Auffälliger*

	Auffällige		Vergleichs- gruppe Nicht- Auffälliger		Gesamtgruppe Nicht- Auffälliger	
Schulbildung	n=22		n=22		n=89	
kein Schulbesuch	6	27,3%	3	13,6%	10	11,2%
kein Schulabschluss	4	18,2%	8	36,4%	24	27%
Mittlere Reife / Abitur	1	4,5%	1	4,5%	23	25,9%
Probleme Schulzeit	n=17		n=18		n=73	
	9	52,9%	5	27,8%	24	32,9%
Frühere Aburteilungen	n=23		n=23*		n=89*	
Anzahl	19	91,5%	12	52,2%	50	54,3%
	MW:11		MW:6		MW:7	
			$\chi^2=6,89$ p<0,05		$\chi^2=8,55$ p<0,05	
Vorherige Inhaftierungen	n=23		n=23		n=92	
	14	63,6%	4	17,4%	25	28,4%
Besondere Vorkommnisse während der Unterbringung	n=19		n=18		n=65*	
	11	57,9%	3	16,7%	21	32,3%
					$\chi^2=6,68$ p<0,05	

Anmerkung: %-Unterschiede wurden grundsätzlich ab einer Differenz von 10 % auf Signifikanz geprüft. Bei Kreuztabellen wurde als Assoziationsmaß Cramers V verwendet, das ab einem Wert > .20 als ausreichend aussagekräftig betrachtet wurde, das Signifikanzniveau wird jeweils gesondert ausgewiesen.

*= p<0,05 % = signifikantes Ergebnis

**= p<0,01 % = hochsignifikantes Ergebnis

4.4.2 Daten zur Nachsorgesituation

In diesem Kapitel werden zunächst die wesentlichen rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen beschrieben, in denen sich die Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung befanden. Spezielle Aspekte des Behandlungs- und Betreuungssettings werden zudem auch in ihrer Entwicklung, also zu verschiedenen Zeitpunkten, dargestellt. Eine Übersicht der Ergebnisse findet sich im Anhang, Tab.A-9.

* Gruppengrößen variieren je nach Datenlage

Der Schwerpunkt der folgenden Betrachtung liegt auf den Daten, bei denen Unterschiede zwischen der Gruppe der auffälligen Patienten mit der Gruppe der Nicht-Auffälligen erkennbar wurden. Diese Auswahl soll die Rezeption derjenigen Daten erleichtern, die zur Beantwortung der Evaluationsfragen von vorrangiger Bedeutung sind.

4.4.2.1 Langzeitbeurlaubungen

Bei drei Viertel der Patienten (76,5%; n=88) erfolgte eine Langzeitbeurlaubung vor der gerichtlichen Aussetzung der Maßregel zur Bewährung (s. Tab.18). Dies entspricht ungefähr dem Prozentsatz von 73,4%, den Dessecker (2008) für den Entlassungsjahrgang 2006 bundesweit festgestellt hat. Die Beurlaubungen dauerten bundesweit im Mittel mehr als 11 Monate. Die durchschnittliche Dauer (Median) in NRW betrug 1 Jahr 4 Monate, wobei eine erhebliche Spannbreite zu verzeichnen war (s. Kap.4.1.1).

Tab.18: Langzeitbeurlaubungen

Dauer der Langzeitbeurlaubungen			
Ambulanzstudie (n=88; Monate)		BRD 2006* (n=348; Monate)	
MW	Md	MW	Md
20,7	16	11	nicht ermittelt
Spannweite	1 bis 87	maximale Dauer: 5 Jahre	

*Dessecker 2008

Im Gruppenvergleich wurden die Nicht-Rückfälligen häufiger beurlaubt (87% vs. 69,6%), die Raten der in dieser Zeit erforderlichen Rückverlegungen wiesen kaum Unterschiede auf; insgesamt war dies bei 27 Patienten (23,7%) erforderlich, in vielen Fällen auch mehrfach. Betrachtet man alle 42 Rückverlegungen zusammen (s. Tab.19), war der vorrangige Grund dafür ein schlechter psychischer Befund bzw. ein beginnendes Rezidiv (45,2%), an zweiter Stelle folgte die zunehmende Non-Compliance der Patienten (19%). Neben Entweichungen (14,3%) und Substanzmissbrauch (9,5%) wurden bei nur 3 Patienten (7,1%) eine bedrohliche und deliktnehe Entwicklung als Begründung der Rückverlegung angeführt, zwei Patienten entwickelten eine depressive Krise mit suizidaler Gefährdung.

Tab.19: Rückverlegungen während Langzeitbeurlaubungen

Gründe für Rückverlegungen (n=113)	1. bis 3. Rückverlegung	
	n	%
beginnende Erkrankung	19	16,8
zunehmende Non-Compliance	8	7,1
Substanzmissbrauch	4	3,5
Entweichung	6	5,3
bedrohliches oder deliktnahe Verhalten	3	2,7
Suicidalität	2	1,8
trifft nicht zu	71	62,8

Hinsichtlich der Rückverlegungsquote (26,1% vs. 22,7%) unterschieden sich die Gruppen nicht wesentlich, allerdings war die Dauer der Rückführungen in die stationäre Behandlung bei den Nicht-Rückfälligen (Mittelwert: 5,2 Monate) um das 3-fache höher als bei den Auffälligen (1,7 Monate; bei unterschiedlicher Standardabweichung: 3,9 vs. 0,5). Auffällige Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Diagnosegruppen ergaben sich nur bei den Persönlichkeitsstörungen: Während die Nicht-Auffälligen alle (n=8) langzeitbeurlaubt wurden, war dies bei den Auffälligen in weniger als der Hälfte der Fall (3 von 7).

4.4.2.2 Rechtlicher Zugang zur Nachsorge

Nahezu alle Patienten (n=100) wurden gemäß § 67d Abs.2 aufgrund einer positiven Legalprognose zur Bewährung entlassen. Alle Patienten erhielten Führungsaufsicht gemäß § 68 StGB. Die durchschnittliche Dauer (MW) betrug 54,5 Monate bei einer Spannbreite von 24 bis 60 Monaten.

Nur bei vier Patienten erfolgte die Entlassung aus dem Maßregelvollzug aufgrund einer Erledigung (§ 67d Abs.6). Zwei dieser Patienten wurden wieder rückfällig mit Diebstählen und Sachbeschädigung.

Kasuistiken 4

Bei beiden rückfälligen ‚Erledigern‘ war es während der Unterbringung zu erheblichen, auch fremdaggressiven Zwischenfällen gekommen. Reguläre (Bewährungs-)entlassungen waren nach wiederholten Entweichungen und Delinquenz (auch während der Beurlaubungsversuche) gescheitert. Frau S., intelligenzgeminderte Patientin, war wegen Raub und Diebstählen (bei 84 entsprechenden BZR-Eintragungen) untergebracht, lebte in einer geschlossenen heilpädagogischen Einrichtung und verübte dort gelegentlich weiterhin Diebstähle, wobei die Strafverfolgungen fortwährend nach § 20

StGB eingestellt wurde. Herr B., Patient mit einer hebephrenen Schizophrenie und einer dissozialen und polytoxikomanen Störung, war in der Vorgeschichte immer wieder wegen multipler Delinquenz, auch Körperverletzungen, aufgefallen und über 20-mal in (meist zwangsweiser) stationärer Behandlung. Nach vierjähriger Unterbringung wurde er durch das Oberlandesgericht aus Gründen der Verhältnismäßigkeit nach § 67d Abs. 6 zur Mutter entlassen. Von dort kam es nach massiven Auffälligkeiten (neben Randalieren im Wohnhaus und Beschmieren der Wände mit Blut und Exkrementen [bei Hepatitis C], Verschlucken von Glasscherben und Nägeln, Manipulieren an Steckdosen und der Gastherme) zur Aufnahme in einer geschlossenen Einrichtung für psychisch Behinderte. Die Sachbeschädigung wurde mit einer Geldstrafe geahndet. Beide Rückfälle führten aufgrund der Erledigungen nicht zu Widerrufen.

Fazit: Forensische Nachsorge fand in den vorliegenden Fällen ihre Grenzen bzw. fand i.e.S. gar nicht statt (die Sachbeschädigungen im Fall B. geschahen zudem bereits vor Übernahme durch die forensische Ambulanz). Dennoch wird seitens der Gerichte auch bei Patienten mit einer negativen Legalprognose zumeist eine forensische Nachsorge angeordnet. Dabei erscheinen hier spezifische forensische Handlungskonzepte weder anwendbar noch erforderlich; auch die üblichen rechtlichen Instrumente eines Krisenmanagements stehen der Ambulanz nicht zur Verfügung. Darüber hinaus zeigten die persistierenden und multimorbiden Störungen der Patienten die Notwendigkeit der Existenz geschlossener Einrichtungen.

Bei etwa jedem zehnten Patienten (n=11) knüpfte die Nachsorge nicht an eine stationäre Behandlung im Maßregelvollzug an, da in der Hauptverhandlung die Unterbringung gemäß § 67b StGB primär zur Bewährung ausgesetzt wurde. Die Legalbewährung dieser Gruppe war nahezu identisch mit der Legalbewährung der Gruppe der Entlassenen nach Unterbringung: Bei zwei von 11 Patienten (18%) fanden sich Eintragungen im Bundeszentralregister.

Die Nachsorge dieser Patienten, bei denen keine Informationen aus stationären Maßregelbehandlungen vorliegen, ist für forensische Ambulanzen eine besondere fachliche Herausforderung. Beide Rückfälle dieser Gruppe passierten auch im Rahmen der Nachsorge durch eine Psychiatrische Institutsambulanz, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht auf lange forensische Erfahrungen zurückgreifen konnte:

Kasuistiken 5

Pat. J., geb. 1987, mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ, Alkoholmissbrauch und einem cerebralen Anfallsleiden, war wegen gemeinschaftlicher gefährlicher Körperverletzung u.a. nach §§ 21, 67b StGB zu zwei Jahren Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt worden. Der Beschluss enthielt lediglich die Weisungen, sich im Anschluss an einer 4-monatigen stationären Therapie in eine ambulante psychiatrische Behandlung zu begeben. Im Verlauf kam es zunehmend zum Drogenabusus, schließlich auch zur Verurteilung zu einer Geldstrafe wegen unerlaubten Besitzes von Betäubungsmitteln. Krisen mit der Verlobten waren sehr häufig; nach Suizidversuchen kam es mindestens zweimal zu Zwangseinweisungen. Der Patient hatte drei Kinder aus mehreren konfliktreichen Partnerschaften. Insgesamt verlief die Nachsorge turbulent mit erheblichen Finanzproblemen, Selbstverletzungen, Impulsdurchbrüchen, auch Zusammenstößen mit der Polizei. Im weiteren Verlauf wurde der Patient von seinem Cousin mit einem Teppichmesser attackiert mit der Folge tiefer Schnittwunden in Gesicht und Hals. Dies wurde seitens der Ambulanz als „Retraumatisierung bei schon stattgehabter posttraumatischer Belastungsstörung“ gewertet. Er erhielt daraufhin von der Ärztin eine „großzügige AU-Bescheinigung“, um Sozialstunden nicht ableisten zu müssen.

Der Verlauf ließ sich anhand der Aufzeichnungen nur fragmentarisch nachvollziehen. Es gab kurze Hinweise, dass der Patient wieder einmal stationär aufgenommen wurde bzw. Alkohol- oder Amphetaminmissbrauch betrieben hatte. Eine Reflektion des Verlaufs oder eigene geplante Maßnahmen wurden nicht notiert, Benachrichtigungen des Bewährungshelfers erfolgten sporadisch, zum Mitarbeiter des Betreuten Wohnens gab es keinen (dokumentierten) Kontakt. Die Ambulanzärztin wiederholte meist diverse Mitteilungen des Patienten, z.B. dass er zufällig seine Tochter getroffen hatte oder konstatierte, dass er nicht erschienen war oder Durchfallprobleme hatte. Dass er zwischenzeitlich strafrechtlich verfolgt wurde, war nicht bekannt - eine entsprechende Prüfung von Warnhinweisen o.ä. stand nicht im Fokus der Betrachtung. Im Verlauf wurde schließlich eine Verurteilung zwar erwähnt - die Tat selbst, also Art und Schwere des Deliktes, wurde nicht ersichtlich. Das „Forensische“ stand zwar mit Ausrufungszeichen auf der Ambulanzmappe, tauchte aber in der Dokumentation und auch im Selbstverständnis der Ärztin überhaupt nicht auf.

Auch der zweite Fall eines Widerrufs nach § 67b StGB ist ein Beispiel unprofessioneller Nachbetreuung, in der nahezu alle Standards einer spezifischen Nachsorge nicht bekannt waren bzw. nicht beachtet wurden.

Pat. T., geb. 1981, wurde vom Vorwurf des räuberischen Diebstahls wegen einer paranoiden Schizophrenie und eines Substanzmissbrauchs freigesprochen. Eine strafrechtliche Unterbringung gemäß § 63 StGB wurde primär zur Bewährung ausgesetzt, wobei auch in diesem Fall der Patient nahezu ohne Auflagen nach Hause entlassen wurde. Es gab lediglich die Weisungen, sich einer fachärztlichen Behandlung zu unterziehen und sich nach Maßgabe des Arztes ggf. auch in eine stationäre Behandlung zu begeben. Nach dem Beginn eines Ein-Euro-Jobs sagte er diesen - offenbar zunehmend paranoid - ab, ohne dass dies auffiel, da zwischen Ärztin, Betreuerin und Bewährungshelfer allenfalls ein sporadischer Kontakt bestand. Nachdem der Patient nach schwierigem Verlauf schließlich gar nicht mehr in der Ambulanz erschien, erfolgte ein Hausbesuch durch die Ärztin. Der Patient räumte ein, bereits zwei Monate permanent Cannabis geraucht zu haben, seine Medikamente nicht einzunehmen und zudem ein Luftgewehr zu besitzen, mit dem er in der Wohnung auf Plakate schoss.

Fazit: In einem Gespräch äußerte die Ärztin, sie habe aus dem Verlauf gelernt, zukünftig Termine und Medikamenteneinnahme rigoroser zu kontrollieren. Dadurch wäre die zunehmende Non-Compliance des Patienten sicher früher erkannt worden. Vermutlich sei die fehlende Tagesstruktur nach Abbruch der Arbeit und der soziale Rückzug mit ursächlich gewesen; eine beschützte Arbeitsstelle wäre besser gewesen.

4.4.2.3 Strukturen der forensischen Ambulanzen

Die Forensischen Ambulanzen lassen sich unter strukturellen Aspekten in drei Gruppen unterteilen: (1) MRV-Ambulanz, (2) PIA (psychiatrische Institutsambulanz) und (3) Stationsnachsorge.

Diese Differenzierung ergibt sich aus historisch gewachsenen (siehe Kap. 2.1) Unterschieden der Nachsorgestrukturen, vor allem zwischen den beiden Landesteilen Rheinland und Westfalen. Während im Rheinland bis auf zwei Ausnahmen (Bonn, Düsseldorf) Ambulanzen an den Maßregelklinken (1) verortet sind, gehören in Westfalen die forensischen Ambulanzen überwiegend zur Allgemeinpsychiatrie: neben den drei Kliniken des Maßregelvollzuges (Lippstadt-Eickelborn, Dortmund, Marsberg) werden dort von 13 AP-Kliniken forensische Nachsorge betrieben, davon drei von privaten Trägern. In der Gruppe der AP-Ambulanzen haben sich zwei Typen mit unterschiedlichen Organisationsformen herausgebildet: Finden sich auf der einen Seite (2) Ambulanzen, deren Mitarbeiter Ärzte/-innen der Institutsambulanzen sind und die Patienten erst nach der Entlassung übernehmen, so finden sich auf der anderen Seite (3) Ambu-

lanzen, die an eine forensische (oder überwiegend forensisch belegte) Station angekoppelt sind. Bei dieser Variante erfolgt eine Abrechnung (der psychiatrischen Leistungen) über die PIA, wobei dort eigene Sprechzimmer oder Arbeitsräume (meist) nicht vorhanden sind. Anders als in der PIA-Variante, die strukturell eher an die allgemeinspsychiatrische Behandlung angelehnt ist, wird diese Ambulanzform durch einen Oberarzt/-ärztin geleitet, der/die den Patienten noch aus der stationären Behandlung kennt. Meist besteht zudem ein Team, deren Mitarbeiter mit gewissen Stellenanteilen in der Forensischen Ambulanz arbeiten.

Die Gruppenunterteilung ermöglicht die Untersuchung der Fragestellung, ob unterschiedliche Ambulanzstrukturen mit unterschiedlichen Rehabilitationsverläufen korrelieren. Aus dem Vergleich verschiedener Ambulanzkonzepte könnten sich zudem Hinweise ergeben, welche konkreten Arbeitsweisen in der Nachsorge hilfreich und im Sinne der Legalbewährung erfolgreich sind.

Einschränkend ist dabei zu berücksichtigen, dass Ambulanzstrukturen im Rahmen dieser Studie, die primär den Werdegang der Patienten fokussiert, nur grob hinsichtlich ihrer organisatorischen Einbettung in die forensische oder Allgemeinspsychiatrie erfasst werden konnten. Personalstrukturen (Berufsgruppen, Personalschlüssel), Arbeitsabläufe, Finanzierung u.a. wurden nicht systematisch erhoben. Eine solche Untersuchung erfolgte zuletzt bundesweit 2009 (BAG 2009) und für den Landesteil Westfalen 2007 (Dimmek 2007). Allerdings lassen sich durchaus einige differenzierte Aussagen zu den Ambulanztypen machen: Die Verlaufsdaten, die zu den Patienten und ihrer ambulanten Betreuung erhoben wurden, spiegeln auch die jeweiligen Ambulanzkonzepte und die (unterschiedlichen) konkreten Arbeitsweisen in der forensischen Nachsorge.

Aus den MRV-Kliniken wurden 66 Patienten (57,4%) erfasst, aus den allgemeinspsychiatrischen Kliniken waren dies 49 Patienten (42,6%). Betrachtet man die Gruppe der Auffälligen, so waren beide Patientengruppen nahezu gleich verteilt: 12 Patienten wurden durch MRV-Ambulanzen, 11 Patienten durch AP-Ambulanzen (beider Formen) betreut. Prozentual wiesen damit die Ambulanzen, die an forensischen Kliniken bzw. Abteilungen verortet sind, bei der Gruppe der Auffälligen einen geringeren Anteil (18,2% vs. 24,4%) auf.

Vergleicht man den Anteil der auffälligen Patienten an der Gesamtzahl der Nicht-Auffälligen getrennt nach Ambulanztypen, zeigten sich bei (1) und (3) ähnliche Prozentsätze: bei den 66 Patienten der MRV-Ambulanzen kam es bei 18,2% zu Auffälligkeiten, bei den 31 Patienten, die noch von den Stationstherapeuten nachversorgt werden, betrug der Prozentsatz 19,4%. Die PIA's (2) hatten mit 27,8% (n=18) den relativ höchsten Wert. Die MRV-Ambulanzen hatten den relativ (zu ihrem Gesamtaufkommen) geringsten Anteil an auffälligen Patienten. Bei den PIA-Ambulanzen zeigen sich ein um 9,6% schlechterer Prozentwert im Vergleich mit den MRV-Ambulanzen.

Der Erfolg der Ambulanzarbeit bemisst sich nicht nur an der Zahl derjenigen Patienten, die nach der Entlassung rückfallfrei bleiben bzw. keinen Eintrag im Bundeszentralregister aufweisen. Das Interesse (nicht nur) der Öffentlichkeit richtet sich vor allem darauf, ob es zu erheblichen Straftaten kommt, insbesondere solchen, die sich gegen Leib und Leben oder gegen die sexuelle Selbstbestimmung richten. Betrachtet man unter diesem Gesichtspunkt die Ergebnisse, wurden alle drei Straftaten dieser Kategorie (Tab. 6) von Patienten aus den AP-Ambulanzen verübt.

Diagnostisch handelte es sich bei diesen Rückfälligen um Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Bei dieser Gruppe erfordert die Nachsorge spezielle, über die Behandlung psychosekranker Patienten hinausgehende Kenntnisse.

Kasuistik 6

In der Nachsorge des Patienten mit zwei exhibitionistischen Delikten während der Führungsaufsicht zeigten sich einige typische „Fallstricke“ der Betreuung: Pat. L., geb. 1937, mit einer langen sexualdelinquenten Vorgeschichte, u.a. auch Vergewaltigungen, erhielt im Laufe der Zeit wechselnde Differentialdiagnosen: War noch während der Unterbringung von einer ‚Persönlichkeitsstörung mit sadistischen Anteilen‘ die Rede, wurde in der Epikrise eine ‚kombinierte Persönlichkeitsstörung mit masochistischen und exhibitionistischen Anteilen‘ festgestellt; von der forensischen Ambulanz wurde schließlich nur noch eine ‚Anpassungsstörung bei Exhibitionismus‘ diagnostiziert. Der behandelnde Arzt war offenbar sehr mit dem Patienten identifiziert und so sehr von dessen Unschuld überzeugt, dass er – im Zuge der anlaufenden Ermittlungen wegen exhibitionistischer Handlungen gegenüber einer Joggerin – auch eigene Recherchen anstellte

und entsprechende Berichte an das Gericht verfasste, die eher dem Plädoyer eines Rechtsanwaltes als einer gutachterlichen Stellungnahme ähnelten:

„Um sicher zu gehen, dass der behauptete Regenschauer auch wirklich stattgefunden hatte, holte ich Auskünfte ein bei mair@donnerwetter.de, einem Wetterprotokollanten, der mitteilte, dass alle Wetterstationen vom 0.0.2000 mittlere bis starke Schauer gemeldet hatten... Am 0.0.2000 führte ich ein Gespräch mit der Hauptbelastungszeugin, Frau S., bei dem mir auffiel, dass sie die Möglichkeit, dass Herr X. durch einen Regenschauer hätte nass geworden sein können, pauschal bestritt. Das Gespräch war ansonsten unergiebig... Wenig später besuchte ich mit Herrn L. den Tatort. Ich konnte mich davon überzeugen, dass er die Skizze aus der Erinnerung korrekt gezeichnet hatte. Auch fand ich den Ort, den er gewählt hatte, um seine nasse Unterhose auszuziehen, relativ geeignet (wenn auch letztlich unvorsichtig). Was mir aber auffiel war, dass die Örtlichkeit es einem vorbeilaufenden Jogger aufgrund der wenigen Meter kaum möglich machte, die beschriebenen Details der angeblichen exhibitionistischen Handlungen des Herrn L. zu identifizieren. Da ist mit ziemlicher Sicherheit viel Fantasie im Spiel gewesen...

Aus meiner langen Kenntnis des Herrn L (seit 1985) und aus medizinischer Sicht muss ich erhebliche Zweifel daran äußern, dass Herr X. tatsächlich wieder exhibitioniert haben sollte. Psychodynamisch haben zu der Zeit, als Herr X. wirklich strafrechtlich in Erscheinung getreten ist, Motive gewirkt, die seit geraumer Zeit sowohl psychotherapeutisch aufgearbeitet als auch nicht mehr aktuell sind. Herr X. hat sich seit seiner Entlassung aus der Maßregel im Dezember 2003 sozial sehr gut integriert, lebt mit der Frau, die er in den 1970er Jahren kennen gelernt hat, zusammen und hat ein leidliches finanzielles Auskommen. Medizinisch war mir bereits lange vor dem Juli 2006 aufgrund meiner wöchentlichen Kontakte zu Herrn X. bekannt, dass seine Sexualfunktionen zum Erliegen gekommen waren.

Darüber hinaus betonte er, dass er als Rechtshänder zeit seines Lebens niemals mit links masturbiert habe, was nichts beweist, aber auch nicht ganz unwesentlich ist.“

Nach der folgenden Verurteilung des Patienten „mit dem Ergebnis einer Verurteilung auf Bewährung zu sechs Monaten Freiheitsstrafe, weil das Gericht angesichts der erdrückenden Zahl einschlägiger Vordelikte die Glaubwürdigkeit der Zeugin höher wertete, als die Einlassung des Herrn L.“, schrieb der Behandler an das Gericht, dass die Gesprächstermine „nach Ablauf einer angemessenen Zeitspanne nun wieder in größeren Abständen stattfinden können, da eine engmaschige Überwachung seines seelischen Befindens wegen der eventuellen Gefahr nicht erforderlich“ sei.

Fazit: Auch wenn sich über die Gefährlichkeit exhibitionistischer Taten generell sicher streiten lässt, verblüfft hier doch die simple Berufung auf „Vertrauen“ und „Bauchgefühl“, welche der Behandler (telefonisch) ins Feld führte. Eine Zusammenarbeit mit anderen Stellen fand nicht statt.

4.4.2.4 Gesetzliche Betreuungen

Knapp die Hälfte aller entlassenen Patienten (47,5%) hatte einen gesetzlichen Betreuer. Bei einem Drittel (36,7%) umfasste die Betreuung alle wesentlichen Bereiche: Gesundheit, Aufenthalt, Finanzen und behördliche Angelegenheiten. Zwischen den Gruppen zeigten sich statistisch nur geringfügige Unterschiede (Tab.A-7).

4.4.2.5 Gerichtliche Weisungen

89,5% aller Patienten erhielten die richterliche Weisung, sich weiterhin durch eine forensische Ambulanz betreuen zu lassen. In 12 Fällen (10,5%) wurde lediglich die psychiatrische Behandlung (durch nicht-forensische Ärzte/-innen) in den Weisungen aufgeführt. Aber auch in diesen Fällen wurden de facto zusätzliche Leistungen durch forensische Ambulanzen (Beratung, Hausbesuche, Krisenintervention u.a.) erbracht.

Der Wortlaut dieser Weisungen variierte dabei stark: Schon der Terminus ‚forensische Ambulanz‘ fand sich nicht durchgängig. Eine mögliche Erklärung dafür liegt einmal darin, dass den Gerichten in den Fällen, bei denen die Ambulanzmitarbeiter im Rahmen einer allgemeinspsychiatrischen Institutsambulanz tätig waren und in der Nachsorge auch die psychiatrische Behandlung übernahmen, der spezifisch forensische Charakter bzw. die entsprechende Begrifflichkeit zumeist nicht bekannt war. Auf der anderen Seite war auch das Selbstverständnis dieser Ambulanzen – gerade in der Anfangszeit, in der ihnen forensische Aufgaben neu übertragen wurden – noch nicht so ausgeprägt, dass das ‚Forensische‘ für sie zum ‚Markenzeichen‘ gehörte.

Bemerkenswerte Unterschiede zwischen den Gruppen fanden sich nicht.

Bei allen Gruppen wurden seitens der Gerichte hinsichtlich des weiteren Aufenthaltes des Patienten häufiger Weisungen erteilt als hinsichtlich einer Arbeit

bzw. Beschäftigung (Tab.A-9). Besonders bei den Auffälligen erfolgten Weisungen in puncto Arbeit nur zu 40,6%, bei den Nicht Auffälligen waren es 56,5%.

Erstaunlich auch die oftmals eher vage, auf die Zukunft gerichtete Form der Weisungen durch die Gerichte:

Kasuistik 7

Pat. K., geb. 1984, wurde mit der Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung und multiplem Substanzmissbrauch wegen Körperverletzung, Eigentums- und BtM-Delikten neben einer zweijährigen Haftstrafe nach § 63 StGB untergebracht. In der Behandlung kam es mehrfach zu Lockerungsmissbrauch (Drogenabusus) und Diebstählen. In einem externen Gutachten wurde das Eingangsmerkmal der ‚seelischen Abartigkeit‘ aufgrund einer erfolgten Nachreifung als nicht mehr vorliegend diagnostiziert. Das Amtsgericht entließ den Patienten daraufhin zur Bewährung mit einer (von der Klinik nicht vorgeschlagen) Behandlungsaufgabe durch die Ambulanz. Darüber hinaus sollte der Patient unverzüglich nach seiner Entlassung Kontakt zur Drogenberatungsstelle aufnehmen, an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen, jeglichen Drogenkonsum unterlassen und sich Drogenscreenings unterziehen. Dem Bewährungshelfer wurde auferlegt, „darauf hinzuwirken, dass dieser sich um einen Schulplatz zur Nachholung des Hauptschulabschlusses bemüht und im Anschluss eine Ausbildungsstelle erlangt. ... Auch bei etwaigen familiären Problemen, die auftreten könnten, wenn der Betroffene bei seinen Eltern einzieht, steht der Bewährungshelfer zudem als helfender Ansprechpartner zur Verfügung“.

Dieser Beschluss war eher Ausfluss von Wunschdenken des Gerichtes, als dass er auf einer tragfähigen Einschätzung der Perspektive des Patienten beruhte. Zunächst wurde offenbar einfach vorausgesetzt, dass der Patient die Betreuer als „helfende Ansprechpartner“ begreifen würde; zudem erschien es recht gewagt, ohne vorherige Überprüfung der tatsächlichen Motivation (ein Ausbildungsversuch war während der Unterbringung an Drogenmissbrauch des Patienten gescheitert) die Weisung zu erteilen, dass „der Patient sich um einen Schulplatz bemüht.“ Der Patient wohnte nach der Entlassung bei seinen Eltern und hatte keine verbindliche Tagesstruktur. Eine Überleitung in eine altersgemäße Einrichtung, in der auch Ausbildungsangebote vorgehalten werden, fand nicht statt. Das Helferteam kannte sich nicht; eine Erprobung im Rahmen einer Beurlaubung wurde nicht vorgeschaltet. Der Patient verschwand daher unvermittelt in die Türkei, berief sich – offenbar zu Recht (?) – auf die Erlaubnis seines Bewährungshelfers.

In der Ambulanz erschien er meist gar nicht, verwies später auf „Missverständnisse“, unvermutete Gelegenheitsjobs oder sonstige Vorfälle: so habe er z.B. bei seinen Eltern einen Einbrecher erwischt und sich dabei die Hand verstaucht u.ä. Auch bei eindeutig positiven Drogenscreenings bestritt er jeden Abusus. Ambulanzmitarbeiter teilten diese Vorfälle als auch die generelle Non-Compliance des Patienten dem Gericht mit und wunderten sich, dass von dort nicht schneller juristische Konsequenzen erfolgten. Man habe später erfahren, dass der Patient nunmehr gemäß § 64 StGB untergebracht worden sei. Im Bundeszentralregister fanden sich für den Zeitraum nach der Entlassung neben dem Widerruf noch zwei Körperverletzungen mit einer anschließenden siebenmonatigen Haftstrafe; außerdem wurde er wegen mehrfachen Besitzes von Betäubungsmitteln zu einer Geldstrafe verurteilt.

Fazit: Dieses ‚rasante‘ Scheitern bereits nach 8 Monaten ist wohl als Folge dessen zu verstehen, dass hier nahezu alle Standards einer professionellen Nachsorge nicht zum Tragen kamen. Das gesamte Setting basierte auf dem Wunschenken des Gerichtes, das – ohne jede vorherige Erprobung oder Überprüfung der Realisierbarkeit – nur sehr vage Weisungen erteilte. Die Entlassung wirkte insgesamt eher wie ein ‚Rauswurf‘: In der Unterbringung waren therapeutische Ambitionen offenbar an Grenzen gestoßen. Die schließlich angestrebte ‚Entforensifizierung‘ führte zwar über die Begutachtung zur Entlassung aus der stationären Behandlung, aber auch zur plötzlichen, unvorbereiteten Überleitung in die eigene ambulante Nachsorge.

4.4.2.6 Substanzmissbrauch - Weisungen, Kontrollen, Legalbewährung

Eine häufig von den Gerichten erteilte Weisung besteht in dem Verbot, Alkohol, Drogen oder andere psychotrope Substanzen zu sich zu nehmen. Dies war bei 68 Patienten (59,1%) der Fall. Bemerkenswert ist, dass bei den Auffälligen *signifikant* häufiger ($\chi^2=4,77$; $p<0,05$) als bei der Gruppe der gematchten Nicht-Auffälligen zusätzlich auch Screenings zur Kontrolle angeordnet wurden, obgleich die Gerichte bei den Nicht-Auffälligen häufiger (10%) entsprechende Abstinenz-Weisungen erteilten. Auch der Unterschied zur Gesamtgruppe der Nicht-Auffälligen erreichte dabei statistisches *Signifikanzniveau* ($\chi^2=4,77$; $p<0,05$).

Offenbar gibt es eine besonders belastete Gruppe, bei denen die Gerichte erhöhte Gefährdungen erkennen, denen durch spezifische Tests entgegengewirkt werden soll: Substanzmissbrauch soll dadurch nicht nur früher entdeckt werden, sondern auch objektivierbar werden. Dieses ist vor allem bei den Patien-

ten erforderlich, die dazu neigen, Rückfälle zu kaschieren oder zu leugnen und dann – für die Betreuer möglicherweise unbemerkt – wieder zunehmend in eine Negativentwicklung hinein geraten könnten. Ein zweiter Grund für Kontrolluntersuchungen besteht nicht zuletzt darin, auch den Patienten bei seinem Abstinenzvorsatz zu unterstützen - weiß er doch, dass er jederzeit unangekündigt kontrolliert werden kann.

Recht schnell kann es zum Scheitern der Rehabilitation führen, wenn die Suchtproblematik beim Patienten nicht strikt beachtet bzw. nicht konsequent reagiert wird:

Kasuistik 8

Pat K, geb. 1974, wurde mit den Diagnosen einer schizophrenen Psychose, einem organischen Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma und einem multiplen Substanzmissbrauch wegen einer schweren Körperverschüttelung vier Jahre im Maßregelvollzug untergebracht. Nach 14-monatiger Beurlaubung in einem Wohnheim wurde die Maßregel zur Bewährung ausgesetzt, wobei die Notwendigkeit einer Alkohol- und Drogenabstinenz offenbar ‚vergessen‘ wurde: Weder erteilte das Gericht eine entsprechende Weisung, noch achteten die Ambulanztherapeuten (die forensische Ambulanz hatte die Behandlung an die regionale Institutsambulanz abgegeben) und die Betreuer des Wohnheims auf den zunehmenden Alkoholkonsum des Patienten. Im Rahmen eines begleiteten Gruppenausgangs des Wohnheims in eine Gaststätte schlug der Patient schließlich einer Mitbewohnerin im alkoholisierten Zustand (1,6 Promille) unvermittelt ins Gesicht. In der Klinik wurde eine floride paranoide Symptomatik sichtbar, u.a. mit massiven sozialen Ängsten. Der Patient hatte die verschriebenen Medikamente bereits einige Zeit nicht mehr eingenommen.

Überprüft man Durchführung und ‚Erfolg‘ richterlicher Weisungen anhand des tatsächlichen Umgangs mit Suchtmitteln während der Nachsorge und anhand der Legalbewährung der Patienten, wurden unterschiedliche Verläufe (s. Tab.20) erkennbar. Bei den auffälligen Patienten, bei denen regelmäßige Tests als Weisungen im Entlassbeschluss enthalten waren (n=9), wurden bei vier Patienten keine Kontrolluntersuchungen vorgenommen. Bei einem Patienten (Nr. 9) war dies offenbar auch nicht ausschlaggebend für den Widerruf, bei drei anderen Patienten (Nr. 1-3) stand der Missbrauch im Zusammenhang mit dem Scheitern der Rehabilitation, in einem Fall verbunden mit einem Delikt. Bei vier

Patienten konnten auch regelmäßig durchgeführte Kontrollen erneute Straftaten nicht verhindern, in einem Fall kam es zu einer Körperverletzung (*Kasuistik 8*).

In einem Fall (aus der Gruppe der Auffälligen) wurde seitens des Gerichtes zwar der Alkoholkonsum gestattet (von dem der Patient auch reichlich Gebrauch machte); lediglich der Konsum illegaler Drogen wurde verboten - allerdings ohne Erfolg.

Tab.20: Abstinenz- und Kontrollweisungen bei Entlassung und Konsequenzen in der Nachsorge bei den Auffälligen (n=9)

Nr.	Screenings durchgeführt	Substanzmissbrauch	Strafrechtliche Auffälligkeiten	
			Erneute Straftat	Widerruf wegen Weisungsverstoß
1	-	+	Diebstahl	
2	-	+		+
3	-	+		+
4	+	+	Körperverletzung	
5	+	+	Fahren ohne Fahrerlaubnis	
6	+	+	Trunkenheit im Verkehr	
7	+	+		+
8	+	-		+
9	-	-		+

Betrachtet man zudem die vier Patienten, die ein Verbot jeglichen Substanzkonsums als richterliche Weisung (ohne zusätzliche Weisung regelmäßiger Kontrollen) erhielten, so wurde bei drei Patienten im Vorfeld des Scheiterns ein zunehmender Missbrauch festgestellt, der offensichtlich auch beim Zustandekommen der Diebstahlsdelikte eine bedeutsame Rolle gespielt hatte.

Kasuistik 9

Bei Pat. S., geb. 1967, kam es zum Widerruf der Bewährung wegen fortgesetzten Weisungsverstößen. Die Anlasstaten (drei gefährliche Körperverletzungen sowie Hausfriedensbruch) geschahen unter Drogeneinfluss; diagnostisch wurden eine schizophrene Psychose und eine Polytoxikomanie festgestellt.

Herr S. konsumierte bereits als 10-jähriger häufig Alkohol, bald darauf auch Cannabis und harte Drogen. Eine bei ihm schon früh erkennbare (aber nicht erkannte) psychotische Symptomatik wurde von der Mutter seinen „parapsychologischen Fähigkeiten“ zugeschrieben. In der Jugend kam es vielfach zu Diebstählen, auch Körperverletzungen. Im Gefängnis gelang es ihm, einen Schulabschluss nachzuholen, ohne dass eine Ausbildung oder eine Beschäftigung folgten. Der Patient heiratete und hat drei Kinder. Im Zusammenhang mit massivem Substanzmissbrauch entwickelte sich eine expansive psychotische Symptomatik, mit Attacken auf Menschen, die er für Abkömmlinge feindlicher Weltraumvölker hielt. Nach stationären Behandlungen (auch nach Suizidversuchen) setzte er regelmäßig die Medikamente ab. Die Beurlaubung in ein Wohnheim war zunächst verbunden mit dem Versuch einer beruflichen Förderung, was sich jedoch bald als Überforderung herausstellte. Es kam zu langen Fehlzeiten und weiteren Verhaltensauffälligkeiten. Das daraufhin veranlasste psychiatrische Gutachten führte zur zusätzlichen (dritten) Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, wobei die Legalprognose insgesamt als günstig eingeschätzt wurde.

Die Entlassung in das Wohnheim erfolgte mit der richterlichen Weisung eines Substanzverbotes und entsprechender Kontrolluntersuchungen, die indes nicht durchgeführt wurden. Häufige Rückfälle in Haschischkonsum kennzeichneten den Verlauf: eine zuvor geplante Verlegung in eine betreute Wohngruppe kam aus diesem Grunde nicht zustande, stattdessen war alsbald eine stationäre Wiederaufnahme erforderlich. Schließlich kam es zu einem Wechsel des Wohnheims, da man „den Untergebrachten wegen seiner Disziplinlosigkeit dort nicht weiter fördern könne“. Aus dem neuen Wohnheim entwich der Patient wenig später und begründete dies damit, die Angst vor dem Gericht habe ihn zum erneuten Cannabismissbrauch und zu einem eigenmächtigen Absetzen der Medikamente getrieben. Daher, so die Replik des Gerichts, „hätte er nicht zur Bewährung entlassen werden dürfen, weil er dafür schlicht nicht reif genug war“. Der Patient befindet sich seit über drei Jahren wieder im Maßregelvollzug und zeigt mittlerweile ein ausgeprägtes Residualsyndrom. Nach Aussagen des Teams sei er „ohne Veränderungsbereitschaft und Entlassungswunsch“.

Bei den nicht-auffälligen Patienten waren nur bei drei Patienten Kontrolluntersuchungen als Weisungen seitens der Gerichte formuliert. Bei 16 bestand ein generelles Konsumverbot, welches in drei Fällen auch durch Tests regelmäßig überprüft wurde. In dieser Gruppe gab es nur in Einzelfällen ($n=5$; 22,7%) Alkoholmissbrauch, der auch überwiegend nur einmalig oder sporadisch erfolgte. In der Gesamtgruppe der Nicht-Auffälligen ($n=91$) war dieser Anteil noch geringer (18,2%).

In der Gruppe der Auffälligen ist das Verhältnis umgekehrt: nur sechs Patienten (27,3%; $n=22$) blieben durchgängig abstinent; 72,7% wurden häufiger mit verbotenen Substanzkonsum auffällig. Nimmt man die gesamte Gruppe der Nicht-Auffälligen ($n=88$) zusätzlich als Vergleich, ging die Differenz zwischen den Abstinente (81,8%) und der Nicht-Abstinenten (18,2%) noch stärker auseinander.

Die Unterschiede der Gruppe der Auffälligen sowohl zur gematchten Gruppe ($\chi^2=11,02$; $p<0,01$) als auch zu allen Nicht-Auffälligen ($\chi^2=25,38$; $p<0,01$) sind hinsichtlich der Häufigkeit eines Substanzmissbrauches statistisch *hoch signifikant*.

4.4.2.7 Psychiatrische Behandlung

Beim Blick auf die psychiatrische Behandlung interessiert einmal der (patientenbezogene) Aspekt der Compliance, insbesondere auch bei der Einnahme der verordneten Arznei. Der andere (therapeutenbezogene) Aspekt betrifft die Fragestellung, welche Ambulanztherapeuten mit welchem Erfolg die Patienten in der Nachsorge behandelten.

Wie zu erwarten, war eine gute Compliance bei den Nicht-Auffälligen deutlich höher ausgeprägt als bei den Auffälligen (70,7% vs. 28,6%). Der Unterschied erreichte ein *hohes statistisches Signifikanzniveau* (s. Tab.21). Der Anteil der Patienten, die die Medikamente ohne Einsicht einnahmen, war dreimal höher als in der gematchten Gruppe; ähnliches galt für die Patienten, die Medikamente unzuverlässig oder nur unter Aufsicht einnahmen.

10 Patienten erhielten keine psychiatrische Behandlung. Dabei handelte es sich um sieben Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und um

drei intelligenzgeminderte Patienten, bei denen eine medikamentöse Therapie nicht angezeigt war. Bei vier Patienten fanden sich Eintragungen im Bundeszentralregister: Fahren ohne Fahrerlaubnis, Widerruf wegen Verstoß gegen richterliche Weisungen und (zweimal) Diebstähle.

Tab.21: Psychiatrische Behandlung und Compliance

	Auffällige		Vergleichsgruppe Nicht-Auffälliger		Gesamtgruppe Nicht-Auffälliger	
	n=23	%	n=23	%	n=92	%
Psychiatrische Behandlung durch						
Forensische Ambulanz	12	52,2	8	34,8	44	47,8
Niedergelassener Arzt	2	8,7	5	21,7	13	14,1
Institutsambulanz AP	3	13	5	21,7	14	15,2
Konsiliararzt Heim	2	8,7	3	13	15	16,3
keine	4	17,4	2	8,7	6	6,5
Medikamenten-Compliance	n=14	%	n=17	%	n=75**	%
gute Compliance	4	28,6	12	70,6	53	70,7
Einnahme bei fehlender Einsicht	5	35,7	2	11,8	14	18,7
Unzuverlässig, ständige Diskuss.	2	14,3	1	5,9	3	4
Einnahme unter Aufsicht	3	21,4	2	11,8	5	6,7
						$\chi^2=15,55$; $p<0,01$

**hochsignifikantes Ergebnis; siehe auch Anmerkung Tab.17

Tabelle 21 erfasst ausschließlich die ärztlich-psychiatrische Therapie im engeren Sinne (medikamentöse Einstellung, psychopathologische Befunderhebung etc.), die von der Krankenkasse bezahlt wird. Davon zu unterscheiden ist die umfassende Betreuung durch eine forensische Ambulanz im Sinne eines Case Managements (für die die Ambulanzpauschale von 10 € pro Tag erstattet wird), die eine psychiatrische Behandlung ebenfalls beinhalten kann, aber nicht muss. Knapp die Hälfte aller Patienten (n=56; 48,7%) wurde durch eine forensische Ambulanz psychiatrisch behandelt. Die Behandlung der anderen Hälfte verteilte sich zu etwa gleichen Teilen auf niedergelassene Psychiater/innen, auf Konsiliarärzte der Wohnheime oder auf Mitarbeiter der (regional zuständigen) Institutsambulanzen.

Veränderungen im Verlauf waren eher die Ausnahme. Bei den Auffälligen wechselte kein Patient seinen Behandler, bei den gematchten Unauffälligen waren es nur 3 Patienten. In der Gesamtgruppe kam es bei 13 Patienten (11,4%) zu einem Wechsel des behandelnden Psychiaters. In den meisten Fällen (n=8)

wurde die Behandlung im Verlauf der Nachsorge von der forensischen Ambulanz an andere ambulant tätige Ärzte abgegeben (überwiegend an die PIA's), in drei Fällen geschah dies aber auch in umgekehrte Richtung. In zwei Fällen wurde eine psychiatrische Behandlung nicht mehr erforderlich gehalten und beendet.

In der Gruppe der Patienten, bei denen es zu strafrechtlichen Auffälligkeiten kam, fanden sich gehäuft (52,2%; n=12) Patienten, bei denen die forensischen Ambulanzen ebenfalls die psychiatrischen Behandlungen der Patienten übernahmen. Auch im Vergleich zur gematchten Gruppe kam es bei diesen Patienten häufiger zu Auffälligkeiten

Tab.22: Schwerpunkte der Forensischen Ambulanzen

	Auffällige		Vergleichsgruppe Nicht-Auffälliger		Gesamtgruppe Nicht-Auffälliger	
Schwerpunkte der Forens. Ambulanz	n=23	%	n=23	%	n=92	%
eigene Behandlung	14	60,9	10	43,5	45	48,9
Case Management	5	21,7	7	30,4	22	23,9
Unterstützung bei Bedarf	4	17,4	6	26,1	25	27,2

Befragt man die Tätigkeiten der Ambulanzen hinsichtlich ihrer Schwerpunkte (s. Tab.22; nur eine Nennung möglich), wird dieses Ergebnis weiter unterstrichen: Auch hier war die Gruppe der Ambulanzen mit primär eigener psychiatrischer Behandlung deutlich häufiger bei den Auffälligen als bei den Nicht-Auffälligen (60,9% vs. 43,8%) vertreten.

Psychiatrische Behandlungen durch forensische Ambulanzen fanden überwiegend durch die Ambulanzen an allgemeinspsychiatrischen Standorten statt, wobei insbesondere der Typ (3) einen erhöhten Anteil an auffälligen Patienten aufwies (s.o.). Die MRV-Ambulanzen, die ganz überwiegend keine eigene psychiatrische Behandlung bei ihren Patienten durchführten, sondern eher mit anderen, nicht-forensischen Ärzten zusammenarbeiteten, hatten den relativ geringsten Anteil an auffälligen Patienten. Auf diesem Hintergrund ist das vergleichsweise ‚gute Abschneiden‘ der ‚anderen‘ psychiatrischen Behandler durchaus folgerichtig: es kann als Resultat einer wirksamen Zusammenarbeit

mit denjenigen forensischen Ambulanzen gewertet werden, die sich vornehmlich auf das forensische Case Management konzentrieren (konnten).

In der vorliegenden Studie bestand die Arbeitsweise der Ambulanzen zu nahezu gleichen Teilen entweder aus aufsuchenden (38,6%) oder empfangenden (36,8%) Kontakten, bei einem Viertel war dies alternierend der Fall.

Wird die Lebenswirklichkeit des Patienten durch aufsuchende Tätigkeit stärker in den Blick genommen, verlagert sich der Schwerpunkt der Ambulanztätigkeit stärker in das reale Lebensfeld des Patienten. Diese Arbeitsweise hängt einmal von der verfügbaren Zeit des Therapeuten, aber auch von dessen ‚Behandlungsphilosophie‘ ab. Neben der Behandlung individueller Pathologie ist in der forensischen Nachsorge ein sozialpsychiatrisches Denken und Handeln erforderlich, um im Einzelfall die Lebenswirklichkeit des Einzelfalles ‚vor Ort‘ in Erfahrung zu bringen, zu überprüfen und dann auch ggf. konkrete Unterstützung zu leisten.

Kasuistik 10

Pat. K., geb. 1974, wurde wegen Körperverletzung und Trunkenheit im Verkehr mit den Diagnosen einer schizoaffektiven Störung und einer Polytoxikomanie nach §§ 20, 63 StGB im Maßregelvollzug untergebracht. Die Krankheitsanamnese enthielt häufige Psych-KG-Einweisungen nach heftigen Impulsdurchbrüchen, zudem viele Entweichungen aus den Kliniken. Während der forensischen Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie wurde die Diagnose geändert in einen ‚postpsychotischen Remissionszustand bei Halluzinogen-missbrauch‘; die neuroleptische Medikation wurde abgesetzt. Nach Erwerb des Hauptschulabschlusses während der Unterbringung wurde ein Ausbildungsversuch als Frisör angestrebt und eine siebenmonatige Beurlaubung in ein Appartement vorgenommen. Zum Entlassungszeitpunkt war jedoch die Ausbildungs- bzw. Arbeitsfrage völlig ungeklärt: Ein Arbeitsversuch war gescheitert, da der Patient von seinem Arbeitgeber „reingelegt“ worden sei. Eine Entlassung wurde trotzdem befürwortet u.a. mit dem Hinweis, der Patient strebe diese Ausbildung weiter an. Es wird nicht deutlich, ob der Patient tatsächlich entsprechende Bemühungen unternahm, inwieweit diese überprüft (und unterstützt) wurden oder ob evtl. das Ausbildungsprojekt auch eine Überforderung des Patienten darstellte. Diese Vermutung scheint aufgrund des vorangegangenen Scheiterns eines Arbeitsversuchs nicht ganz unbegründet. Zumindest hätte klarer werden müssen, ob der Patient hier wirklich ‚reingelegt‘ wurde oder ob es sich um eine Schutzbehauptung handelt etc.. Auch für den Fall, dass sich eine

Übervorteilung o.ä. so zugetragen hätte, wäre eine vorherige Erfahrung hinsichtlich der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Patienten unter Realbedingungen sinnvoll gewesen – eine Langzeitbeurlaubung hätte dafür grundsätzlich den geeigneten Erprobungsraum geboten. Eine Entlassung ist dann sicher erfolgreicher, wenn eine adäquate Arbeit nicht nur ‚angestrebt‘, sondern realisiert wurde.

Neben der Ambulanzweisung erhielt der Patient lediglich die gerichtliche Weisung, in seinem Appartement wohnen zu bleiben. Angesichts der ausgeprägten Drogenanamnese und der (vorher lange gültigen) Diagnose einer Polytoxikomanie lässt sich kaum nachvollziehen, dass nicht eine Drogenabstinenz und entsprechende Nachweise verlangt wurden. Immerhin kam es auch in der Beurlaubungsphase zu einem positiven Cannabisbefund, der allerdings vom Therapeuten nicht als Warnhinweis gewertet wurde. Dieser wiederholt lediglich die treuherzige ‚Version‘ des Patienten, er habe versehentlich mit inhaliert. Hier wurden offenbar von allen Beteiligten wesentliche Problembereiche des Patienten ausgeblendet.

Fazit: Möglicherweise hat auch der gelungene Schulabschluss und der verbesserte psychische Befund dazu ‚verführt‘, den Patienten zu überschätzen. Vor allem der Umgang mit Geld war offenbar defizitär, führte zu häufigem Spielhallenbesuch und zur Verschuldung mit dem Ergebnis, dass der Patient wieder einschlägig mit Drogen handelte. Gerade auf dem Hintergrund des weggefallenen neuroleptischen Schutzes, der im Zuge neu gewonnener diagnostischer Erkenntnisse nicht mehr angezeigt war, wäre eine engere psychosoziale Betreuung, die auch die Angehörigen und die Partnerin mit in den Blick genommen hätte, sicher hilfreich gewesen.

4.4.2.8 Psychisches Befinden und Kriseninterventionen

Dichotomisiert man die Frage nach dem psychischen Befinden in ‚überwiegend stabil‘ vs. ‚eher nicht stabil‘ (im Fragebogen wurde stärker differenziert, Tab.A-9) ergibt sich ein *signifikanter* Unterschied zur gematchten Gruppe ($\chi^2=8,05$; $p<0,05$), zudem ein hoch signifikanter Unterschied zur Gesamtgruppe der Nicht-Auffälligen ($\chi^2=13,12$; $p<0,01$): Noch nicht einmal ein Drittel der Auffälligen zeigte einen stabilen Gesundheitszustand mit nur geringen Schwankungen; bei 70% der Patienten war ein wechselnder Verlauf mit häufigen Krisen kennzeichnend. Bei den Nicht-Auffälligen war das Verhältnis genau umgekehrt: Hier wurde bei knapp 70% der Patienten von einem weitgehend stabilen psychischen Befinden während der gesamten Nachsorge berichtet.

Entsprechend disparat waren auch die Zahlen hinsichtlich der erforderlichen stationären Behandlungen: waren bei 18 der 23 Auffälligen (78,3%) stationäre Behandlungen erforderlich, so war dies bei den Nicht-Auffälligen nur bei ca. 30% der Fall: Das Ergebnis ist *hoch signifikant* ($\chi^2=12,02$; $p<0,01$).

Der zunächst erstaunliche Sachverhalt, dass hingegen Anzahl und Dauer der stationären Aufenthalte bei den Nicht-Auffälligen mehr als doppelt so hoch war, lässt sich mit Blick auf die Einzelfälle erklären: In der gematchten Vergleichsgruppe befinden sich Patienten, bei denen die Krankheitsentwicklung immer wieder mit akuten Exazerbationen einhergingen, die aber bei guter Compliance der Patienten schnell hospitalisiert werden konnten. Beide Patienten mit der höchsten Anzahl an Einweisungen (7- bzw. 13-mal) wurden auch in kliniknahen (bzw. klinikeigenen) Wohnheimen betreut, um bei der bekannten hohen Rezidivneigung der Grunderkrankung schneller die notwendigen, oft auch länger andauernden Behandlungen einleiten zu können: Dadurch konnte nicht zuletzt möglichen Deliktgefährdungen vorgebeugt werden.

Auch die Häufigkeit der Kontakte zwischen Ambulanzen und Patienten war ein Abbild der Krisenanfälligkeit der Patienten. Bei den Auffälligen kam es häufiger zu engmaschigen (wöchentlichen bis zweiwöchentlichen) Kontakten als bei den Nicht-Auffälligen; bei den letzteren war ein deutlich längeres Intervall häufiger: so war z.B. ein vierteljährlicher Kontakt zwischen Ambulanz und Patienten dreimal häufiger als bei den Auffälligen. Über alle Gruppen hinweg war bei über 40% ein monatlicher Kontakt die Regel.

Bei differenzierter Betrachtung der Anlässe stationärer Aufnahmen zeigte sich bei allen Gruppen übereinstimmend, dass überwiegend (beginnende) Erkrankungen zu Klinikbehandlungen führten. Sehr deutliche Unterschiede zwischen den Subgruppen fanden sich bei den Anlässen ‚deliktnahes Verhalten‘, ‚Verstoß gegen Regeln‘, ‚zunehmende Non-Compliance‘ und ‚Entweichungen‘ zu Ungunsten der Auffälligen (siehe Tab.A-9); bei dieser Gruppe führte vor allem ‚Substanzmissbrauch‘ (n=5; 21,7%) zu Wiederaufnahmen, während dies bei der gematchten Gruppe nur einmal (4,3%) und bei allen 92 Nicht-Auffälligen lediglich dreimal (3,3%) vorkam. Hier lag im Vergleich zur gematchten Gruppe

ein *signifikantes* ($\chi^2=17,42$; $p<0,05$) und zu allen Nicht-Auffälligen ein *hoch signifikantes* Ergebnis ($\chi^2=25,64$; $p<0,01$) vor.

Hinsichtlich der rechtlichen Grundlagen der stationären Behandlungen finden sich bei allen Nicht-Auffälligen ausnahmslos freiwillige Aufnahmen (und *signifikante* Unterschiede: $\chi^2=14,09$; $p<0,05$) - bei den 18 Aufnahmen der Auffälligen war dies nur bei der Hälfte der Fall. Lässt man die zum Widerruf führenden Sicherungsunterbringungsbefehle gem. § 453c StPO außer Betracht, erfolgten die Zwangsunterbringungen überwiegend nach Psych-KG.

4.4.2.9 Zusammenarbeit und Helferkonferenzen

Bei zwei Drittel aller untersuchten Fälle fanden Helferkonferenzen statt. Helferkonferenzen wurden dann als durchgeführt notiert, wenn regelmäßig in einer Minimalbesetzung von Ambulanz, Patient und (mindestens) einem zuständigen ‚Helfer‘ gemeinsame Gespräche stattfanden, in denen Bewertungen des Verlaufs vorgenommen und Entscheidungen hinsichtlich des weiteren Settings getroffen wurden. In der gematchten Gruppe der Unauffälligen wurden häufiger Helferkonferenzen durchgeführt als in der Gruppe der Auffälligen (65,2% vs. 56,5%).

In der Untersuchung waren neben den Ambulanzen die Bewährungshelfer (fast ohne Ausnahme) und zu ca. 80 % auch die Mitarbeiter der Wohneinrichtungen bzw. des Betreuten Wohnens an den Helferkonferenzen beteiligt. Nur halb so häufig (40,2%) waren jeweils die gesetzlichen Betreuer und die Mitarbeiter der (beschützten) Arbeitsbereiche anwesend; (nicht-forensische) Psychiater/-innen waren in 20,8% der Fälle an den Helferkonferenzen beteiligt. Während die gesetzlichen Betreuer ungefähr so häufig teilnahmen, wie es ihrem Anteil an den Patienten, die überhaupt eine Betreuung hatten (s.o), entsprach, nahm nur jeder zweite ärztliche Therapeut an den Helferkonferenzen teil: Hier fehlten überwiegend die Niedergelassenen, während die Ärzte/-innen, die Heime konsiliarisch betreuten oder in einer PIA arbeiteten, eine Teilnahme meist ermöglichen konnten.

Während es zwischen den Gruppen hinsichtlich der Zusammensetzung der beteiligten Professionen kaum nennenswerte Differenzen gab, fallen bei der Häufigkeit der durchgeführten Helferkonferenzen *signifikante* Unterschiede (zur

gematchten Gruppe: $\chi^2=4,34$; $p<0,05$) ins Auge. Während sich die Helfer bei der Gruppe aller Nicht-Auffälliger bis auf eine Ausnahme nicht häufiger als vierteljährlich trafen, war dies bei fast der Hälfte der Auffälligen der Fall ($\chi^2=14,62$; $p<0,01$). Dieser Befund spiegelte den insgesamt krisenhaften Verlauf der auffälligen Gruppe, der offenbar sehr häufige, d.h. 14-tägige oder monatliche Helferkonferenzen erforderte. Diese Frequenz ist eigentlich ein Wert, wie er eher aus Langzeitbeurlaubungen bekannt ist, also aus einer Phase der Überleitung, die sich insgesamt noch tendenziell ‚turbulenter‘ gestaltet und in der die Ambulanzen die Rehabilitation noch wesentlich enger begleiten (müssen). Untersucht man diese Gruppe näher, stößt man (wiederum) ausschließlich auf Patienten ($n=6$) mit der Zweitdiagnose einer Substanzstörung, die bereits kurz nach der Entlassung in ihr Suchtverhalten zurückfielen und daher eine Massierung der Helferkontakte nötig machten.

Nur in einem Fall war die psychotische Wiedererkrankung des Patienten anlässlich seiner Entlassung Grund für häufige Helferkonferenzen.

Kasuistik 11

Pat. F., geb. 1964, wurde wegen Nötigung und Geiselnahme nach § 63 StGB untergebracht, nachdem er im Rahmen einer vorangegangenen Unterbringung nach § 64 StGB aus Angst vor einer bevorstehenden Entlassung den leitenden Arzt bedroht und dessen Sekretärin als Geisel genommen hatte mit der Forderung, weiter in der Klinik verbleiben zu können. Die Entlassdiagnose lautete ‚Paranoide Schizophrenie und Störung durch multiplen Substanzgebrauch‘.

Nach siebenjähriger Unterbringung wurde er in ein Wohnheim entlassen. Dort gab es bald Konflikte mit den Betreuern, von denen er sich eingeengt und überfordert fühlte. Er drängte aus dem Wohnheim, um mit seiner Freundin zusammenzuziehen, eine ebenfalls psychische Kranke, die er in einer Rehabilitations-Maßnahme kennen lernte. Es kam zu mehrfachen Unterbrechungen dieser Maßnahme, schließlich zu einer Wiedererkrankung mit paranoiden Befürchtungen und coenästhetischen Missempfindungen, die eine (freiwillige) stationäre Behandlung notwendig machte. Es folgten häufige, sich aufschaukelnde Konflikte mit Heimmitarbeitern, worauf er aus der Einrichtung entwich und Alkohol und Drogen konsumierte. Als er schließlich nicht zur Anhörung bei der Strafvollstreckungskammer erschien, wurde eine Krisenintervention nach § 67 h StGB beschlossen. In dieser Zeit konnten wesentliche Veränderungen vorgenommen werden: der Wechsel in ein anderes Wohnheim wurde erfolgreich geplant, die Umstellung

auf ein Depotneuroleptikum (vorher oral) gelang, auch die Einrichtung einer Betreuung konnte mit dem Patienten vereinbart werden. Herr F. entwickelte aber eine floride psychotische Symptomatik mit Vergiftungs- und Beeinträchtigungsideen, verweigerte die Nahrung und auch die zusätzliche Einnahme eines oralen Neuroleptikums. Nachdem die Symptomatik auch nach der dreimonatigen Verlängerung des § 67 h StGB kaum rückläufig war, erfolgte schließlich der Widerruf, so dass das Gericht schließlich nach § 67 g Abs. 2 die Aussetzung zur Bewährung widerrief, da „rechtswidrige Taten zu erwarten sind und deshalb der Zweck der Maßregel seine Unterbringung erfordert“.

Im weiteren Verlauf stabilisierte sich das Verhalten und Befinden des Patienten, so dass er recht bald wieder (bis heute) im Rahmen der Langzeitbeurlaubung in ein Wohnheim verlegt werden konnte. Trotz der in der Stellungnahme der Klinik geäußerten positiven Prognose konnte allerdings keine Entlassung erfolgen, da der Patient dies dezidiert nicht wünschte! Er befürchtete den Verlust des Wohnheimplatzes und sah sich dem Druck seiner Freundin ausgesetzt, zu ihr ziehen zu müssen. Kürzlich hat er nun doch eine erneute Anhörung beantragt mit dem Ziel der Entlassung.

Fazit: Dieser Verlauf nach der Unterbringung verdeutlicht die Komplexität forensischer Nachsorge. Ein Patient kann die Entlassung in gewisser Weise auch als bedrohlich erleben, wenngleich sich dies nicht immer so massiv äußern muss wie im vorliegenden Fall. Schon in seinem Anlassdelikt manifestierten sich Ängste vor Verlust und Trennung. Dabei zeigte sich durchgängig eine starke Ambivalenz: Die Suche nach Anklammerung und Abhängigkeit konnte rasch in einen heftigen Kampf um Autonomie umschlagen. Die derzeitige Wohnsituation erscheint nun optimal, da einerseits sein Rückzugs- und Autonomiebedürfnis im Wohnheim erlaubt, gleichzeitig aber ein Auszug zu seiner Freundin (zu seiner Entlastung) verboten wurde. An diesem Beispiel zeigt sich auch die Problematik von engen Paarbeziehungen besonders eindrücklich (siehe 4.4.2.9). Die Stabilität des Verlaufs hing sehr von der Paardynamik ab, in der auch immer sexuelle Funktionsstörungen und daher die Diskussion über Neuroleptika eine Rolle spielten.

Ein weiterer kritischer Punkt in der Nachsorge wird in diesem Fall angesprochen: Das Umfeld (auch und gerade das professionelle Umfeld!) neigt oft dazu, Patienten aufgrund einer nicht so stark ausgeprägten Negativsymptomatik zu überfordern und zu bedrängen. Fehlende Leistung wird als Agieren oder bloßes ‚Somatisieren‘ abgetan und dadurch viel Druck aufgebaut. Zudem lässt sich hier ein anderes Problem illustrieren: In der Praxis zeigt sich häufig, dass die Zeitspanne für die befristete Wiederinvolzugsetzung sehr knapp bemessen ist: Wäre die Frist gemäß § 67h StGB länger, wäre bei Herrn F. wohl kein Widerruf erforderlich gewesen.

Häufige Helferkonferenzen sind dabei nicht automatisch Ausweis professioneller Nachsorge, sondern können im Einzelfall auch Hinweis auf eine unklare Fallführung sein.

Kasuistik 12

Bei Pat. I., geb.1959, ebenfalls mit der Doppeldiagnose einer paranoiden Psychose und Substanzstörung bei (prämorbid) dissozialer Entwicklung, hatte der Versuch, seine Ehefrau zu töten, in den Maßregelvollzug geführt. Dort wurde er 11,3 Jahre untergebracht. Die Rehabilitation scheiterte schließlich aufgrund einer Verurteilung wegen Untreue, Diebstahl und Fahren ohne Fahrerlaubnis. Nach Antritt der Ersatzfreiheitsstrafe (Patient hatte Geldstrafe nicht bezahlt) erfolgte der Widerruf.

Auch hier kam es nach der Entlassung recht bald zu Konflikten mit den Regeln des Wohnheims: der Patient fiel mit Alkoholkonsum auf, hatte Fehlzeiten bei der (geschützten) Arbeitsstelle und erhielt schließlich eine Abmahnung der Werkstatt. Herr I. drängte massiv in eine eigene Wohnung und bestand auf der Möglichkeit, auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Tätigkeit aufnehmen zu können. Herr I. beging dann einen Scheckkartenbetrug an einem Mitpatienten, von dessen Scheckkarte er regelmäßig 500 Euro abgeboben hatte bis zu einem Gesamtbetrag von 7.500 Euro.

Typisch für den Verlauf auf Seiten der Nachsorger waren Divergenzen in den Einschätzungen: nach dem Betrugsfällen schlugen die Mitarbeiter des Wohnheims einen Klinikaufenthalt vor, da der Patient „insgesamt aus dem Ruder läuft“. Dagegen bestand aus Sicht des Bewährungshelfer und der Ambulanz kein akuter Handlungsbedarf, da der Patient „psychisch stabil“ sei. Der Patient zeigte sich zwischenzeitlich bereit, sich in der Klinik behandeln zu lassen; es wurde anhand der Dokumentation jedoch nicht nachvollziehbar, warum dies nicht durchgeführt wurde. Offenbar glaubte die Ambulanz, ein ‚Abschieben‘ des Patienten verhindern zu müssen. Tatsächlich wurde daraufhin vom Wohnheim eine Verlegung in eine Außenwohngruppe angestrebt, die wesentlich weniger eng betreut wurde. Das Helfernetz war gespalten: die einen ‚mauerten‘, die anderen versuchten sich des Problems durch eine paradoxe Verlegungspolitik zu entledigen. Die Mitarbeiter der Ambulanz gaben dann auch zu bedenken, dass eine Verlegung in eine Außenwohngruppe mit deutlich verminderter Betreuungsdichte „ein hohes Risiko“ beinhalte. Diese „wird scheitern“, sie „warne extrem“. In dieser labilen Lage wunderte es nicht, dass auch die Situation in der Werkstatt zunehmend unübersichtlicher wurde: Patient kündigte dort offenbar, wobei an anderer Stelle berichtet wurde, dass die Werkstatt ihm gekündigt habe. Der Patient hatte offenbar eigenmächtig bei einer Abrissfirma eine Stelle angenommen.

Nach der Verlegung in die AWG verschlechterte sich die Entwicklung erwartungsgemäß. Die Ambulanzmitarbeiterin dokumentierte, der Patient habe Stress mit seiner Freundin, halte sich dort fast ganztätig auf. Er habe die gerichtlich angeordneten Sozialstunden nur kurz angetreten, werde diese nicht ableisten, so dass ihm nunmehr drei Monate Haft drohten. Man habe Alkoholkontrollen veranlasst, nachdem der Patient mehrfach betrunken in der Wohngruppe aufgefallen war. Bewohner aus der Nachbarschaft hätten sich bereits beklagt, da er vor dem Haus und in der Wohnung randaliert habe. Er habe sich ein Mofa gekauft, was von der Polizei umgehend eingezogen wurde. Man habe dem „Saufkumpan“ von ihm Hausverbot gegeben. Eine Wiederinvollzugsetzung gemäß § 67h StGB wurde dennoch nicht für erforderlich gehalten, sondern eine Rückverlegung in das Wohnheim angestrebt. Die Ambulanz stützte sich dabei anscheinend auch auf die Beurteilung der Bewährungshelferin, die einen Widerruf als ‚überzogen‘ abgewehrt hatte. Offenbar schwenkte die Bewährungshelferin doch um, nachdem klar wurde, dass der Platz im Wohnheim (natürlich!) nicht mehr zur Verfügung stand. Es kam schließlich zur Anhörung und zum Widerruf.

Fazit: An diesem Fall lassen sich exemplarisch einige Fallstricke in der Zusammenarbeit in der Nachsorge diskutieren. Zunächst stellt sich die Frage, welche Rolle und Einflussmöglichkeit die Ambulanz im ‚Konzert‘ der Nachsorger hatte, wenn trotz „extremer Warnung“ eine Verlegung in die AWG stattfand. Es ließ sich nicht abschließend klären, warum die Kommunikation zwischen Wohnheim und Ambulanz offenbar so blockiert war: Aus der Sicht der Ambulanz war die abwehrend-unkooperativen Haltung des Wohnheims nicht akzeptabel. Der Vorwurf war, dass man es sich dort mit der geforderten Rehospitalisierung ‚zu leicht‘ machte. Von der anderen Seite wurde vermutlich - auf dem Hintergrund einer erlebten Überforderung mit dem grenzüberschreitenden Verhalten des Patienten - eine Bagatellisierung des problematischen Verhaltens des Patienten und eine mangelnde Unterstützung vorgeworfen. Unabhängig von der ‚Richtigkeit‘ der jeweiligen Einschätzung fehlt es hier an einer verbindlichen Entscheidung über den gemeinsamen Kurs, der von allen getragen werden konnte. Offenbar übernahm hier keiner die Rolle des Fallmanagers. Entschiedenheit war aber gerade im vorliegenden Fall unabdingbar – befand sich der Patient doch erkennbar in einer sehr regressiven Entwicklung. Stattdessen wurden halbherzige Absprachen getroffen bzw. Anforderungen an ihn herangetragen, die er gar nicht mehr einzuhalten in der Lage war.

4.4.2.10 Partnerschaft und soziale Kontakte

Die Einbindung des Patienten in soziale Netze wird in der Literatur und nicht zuletzt von erfahrenen Praktikern als ein wesentlicher protektiver Faktor genannt. In der vorliegenden Studie wurde unterschieden zwischen allgemeinen sozialen Kontakten, Beziehungen zu Angehörigen und zu festen (Intim-)Partnern; darüber hinaus wurde eine Einschätzung der Ambulanz darüber eingeholt, ob diese Kontakte einen stabilisierenden oder eher destabilisierenden Einfluss auf den Patienten hatten.

Die Auffälligen hatten deutlich häufiger feste Partnerschaften als die Unauffälligen. Rechnet man die (eher seltenen) wechselnden Partnerschaften noch hinzu, ergibt sich eine Differenz von über 20%. Im Vergleich der Auffälligen mit der Gesamtgruppe der Nicht-Auffälligen bestand ein *signifikanter* Unterschied ($\chi^2=9,79$; $p<0,05$).

Bei Betrachtung der Kontakte zu den Angehörigen fiel zunächst die Gruppe (26,9%; $n=31$) auf, die (zur einen Hälfte) entweder überhaupt keine Angehörigen besaß oder (zur anderen Hälfte) keinen Kontakt mehr hatte. Drei Viertel aller Patienten hatten Kontakte zu Angehörigen, knapp die Hälfte davon aber nur sporadisch. Im Unterschied zum Punkt ‚Partnerschaften‘ fanden sich hier keine Unterschiede zwischen den gematchten Gruppen; bei der Bewertung der Kontakte wurden jedoch Beziehungen bei den Nicht-Auffälligen als günstiger (zumindest als unproblematischer) für den Patienten eingeschätzt als bei den Auffälligen.

Auch bei anderen sozialen Beziehungen bestanden bei den Auffälligen deutlich mehr ungünstig bewertete Kontakte als bei den Nicht-Auffälligen (17,6% vs. 0). Bei der Frage nach freundschaftlichen oder stabilisierenden Kontakten war die Differenz zwischen den Gruppen noch größer (5,9% vs. 27,3%). Bei der Hälfte aller Patienten war das Kontaktproblem durch das Leben im Wohnheim oder Wohngemeinschaft zufrieden stellend ‚gelöst‘.

Auf Seiten der Patienten werden Beziehungen zu Frauen oft gezielt gesucht, weil sie sich davon eine schnellere Entlassung aus dem Maßregelvollzug versprechen. Der folgende Fall zeigte mehrere Facetten der beschriebenen Problematik. Dabei ist einschränkend vorzuschicken, dass hier die Betreuung

durch die Ambulanz nicht in die gerichtlichen Weisungen aufgenommen wurde, so dass diese nur in beratender Funktion an den Helferkonferenzen teilnahm.

Kasuistik 13

Pat. S., geb. 1945, kam mit den Diagnosen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung und einer Alkoholabhängigkeit in den Maßregelvollzug. Die Anlasstat bestand in einer Vergewaltigung in Tateinheit mit sexueller Nötigung und gefährlicher Körperverletzung. Neben der Unterbringung nach § 63 StGB erhielt der Patient eine Gesamtfreiheitsstrafe von fünf Jahren und drei Monaten. Der Rückfall des Patienten mit einer gefährlichen Körperverletzung geschah kurz vor Ende der Führungsaufsicht; allerdings gab es zum Erhebungszeitpunkt noch keine rechtskräftige Verurteilung.

Der Patient kannte seinen leiblichen Vater nicht. Er lebte während einer langen Krankheit seiner Mutter im Waisenhaus, verließ die Sonderschule ohne Abschluss nach der 5. Klasse. Herr S. arbeitete teilweise als Aushilfe, später ohne Fahrerlaubnis als Fernfahrer. Der Patient war verheiratet und hat drei Kinder. Neben zahlreichen stationären Behandlungen wegen Alkoholabusus lagen 28 Eintragungen im BZR wegen Eigentums- und Körperverletzungsdelikten vor, u.a. auch Vergewaltigung seiner Tochter. Unmittelbar im Anschluss an die Verbüßung einer langen Haftstrafe kam es zur Bedrohung seiner Kinder mit einer Pistole und einer darauf folgenden Unterbringung nach Psych-KG. Herr S. wurde bereits nach einem Tag aus der Klinik entlassen, woraufhin er die zur Unterbringung führende Anlasstat beging. Ein zwischenzeitlicher Behandlungsversuch nach § 64 StGB war aufgrund von Alkoholrückfällen gescheitert, die mit Gewalttätigkeiten gegenüber seiner damaligen Freundin verbunden waren. Nach insgesamt 6,5-jähriger Unterbringung wurde er für zwei Jahre in ein sozialtherapeutisches Wohnheim beurlaubt. Dort kam es zu mehrmaligen Alkoholrückfällen, zu ständigem Agieren, vor allem zu massivem Somatisieren: Laut Akte kam es zu einem „inflationären Inanspruchnahmeverhalten von Ärzten und krankengymnastischen Praxen“, d.h. der Patient nahm an den arbeitstherapeutischen und sonstigen tagesstrukturierenden Maßnahmen praktisch nicht teil. Zudem hatte Herr S. schon zu Beginn der Beurlaubung eine 75-jährige gebrechliche Witwe wegen finanzieller Vorteile geheiratet - in der Akte wurde von einer „finanziellen Selbstentreichung“ der Ehefrau gesprochen. Diese habe sich mit ihm „getröstet“, da er offenbar wie ihr damals verstorbener Mann aussah. Die Heirat hatte er ihr gegenüber mit dem Argument durchgesetzt, er stehe andernfalls vor einer Rückverlegung in den geschlossenen Vollzug. Bereits zuvor hatte er eine (aufgrund ihrer psychischen Erkrankung) deutlich unterlegene Freundin. Im Gutachten, das

zur Frage einer möglichen Entlassung eingeholt wurde (und die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung als „die eindeutig geeignetste diagnostische Annäherung an den Ist-Zustand“ des Patienten beschrieb), wurde die Entlassung in ein streng reglementiertes Wohnheim empfohlen. Dabei knüpfte der Gutachter allerdings sowohl an das „Sicherungskonzept, das bisher ja nachgewiesenermaßen größere Exzesse verhindert hat“ als auch an den Bewährungshelfer, den er als „strukturierendes und disziplinierendes Element nutzen“ wollte, (zu) hohe Erwartungen. Die zentrifugalen Kräfte nahmen jedoch im Laufe der Betreuung weiter zu. Nach fast völligem Verlust der Tagesstruktur und zunehmendem ‚Aufmischen‘ der Mitbewohner ‚einigten‘ sich die Beteiligten schließlich auf den Auszug des Patienten (ähnlich wie im Fall I., *Kasuistik 12*).

Das Wohnheim wollte den Patienten offenbar ‚loswerden‘ und verwies auf zu erwartende formale Probleme bei der Kostenübernahme. Die Bewährungshelferin schien sehr mit dem Autonomiestreben des Patienten identifiziert. Auch der Richter gewichtete die Verstöße als weniger gravierend (da nicht gewalttätig) und erlaubte - entgegen dem Votum der forensischen Ambulanz - den Auszug aus dem Wohnheim mit der Auflage, sowohl an der Nachbehandlung durch eine allgemeinspsychiatrische Institutsambulanz als auch an einer AA-Gruppe teilzunehmen. Der Richter verwies insbesondere darauf, dass man nicht das bevorstehende Ende der FA abwarten solle (dies hatte die Ambulanz vorgeschlagen), da der Patient ja dann aus dem Heim ausziehen werde und dann ohne jede Kontrolle und Betreuung durch die Führungsaufsicht sei. Die von der Ambulanz bis dato erbrachte „beratende Unterstützung“ wurde nun (auf Betreiben des Patienten) vollends eingestellt.

Ein Jahr später kam es dann zu einem massiven Rückfall, in dem der Patient in alkoholisiertem Zustand eine Frau verprügelte, ihr die Haare ausriss, und ihr drohte, die Finger abzuschneiden. Nur durch Eingreifen einer Nachbarin konnten offenbar weitergehende Verletzungen mit Todesfolge verhindert werden. Nach Aussagen der Ambulanz habe sich der Gutachter für Sicherungsverwahrung ausgesprochen. Er habe im Übrigen einen sadistischen Anteil in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten diagnostiziert.

Fazit: Paradebeispiel eines dissozialen Patienten, dessen Entlassung, wenn nicht falsch, so doch höchst problematisch war, insbesondere auch nach dem schwierigen Verlauf der Langzeitbeurlaubung. Das gesamte Helfersetting, auch die Wohneinrichtung und die Bewährungshilfe, bot nicht die erforderliche „nicht-zerstörbare“ Struktur bzw. wurde zusehends zermürbt durch das ständige Aushebeln aller Regelungen. Dazu passt, dass sich der Patient bereits während der Unterbringung Lockerungen durch erfolgreiche Anrufung des Gerichtes erstritten hatte. Unklar bleibt, warum die forensische Ambulanz nicht als Casemanager installiert wurde bzw. warum sie nicht selbst aktiv diese

Funktion in Form einer Weisung anstrebte. Allerdings hätte sie angesichts des „wackeligen“ Helfernetzes eine schwierige Position gehabt, nicht zuletzt aufgrund der wenig konsequenten Haltung des Gerichtes. Auch wenn damals noch keine Krisenintervention nach § 67h StGB möglich war, hätten Anhörungen wegen Weisungsverstößen (keine Tagesstruktur, Alkoholrückfälle) und eingrenzende Maßnahmen erfolgen müssen. Statt auch eine unbefristete FA zu erwägen, wurde durch das Gericht das letzte Jahr der FA als letzte Möglichkeit einer Einwirkung („Chance“) festgeschrieben. Im weiteren Verlauf ging der Patienten eher selten zur Institutsambulanz; als Begründung gab er seine „Traumatisierung“ an bzw. die daraus resultierende Angst, man werde ihn „da behalten“. Diese Argumentation stieß bei der Bewährungshelferin auf Verständnis.

Es ist ein bekanntes Merkmal dissozialer Patienten, dass sie sich häufig mit zunehmendem Verlauf erfolgreich der Betreuung durch die Nachsorge entziehen. Dieses gelingt ihnen einerseits durch ‚Vergraulen‘ solcher Betreuer, die sie in ihrem Autonomiestreben begrenzen wollen bzw. müssen. Gleichzeitig erreichen sie oft eine heftige Parteinahme durch andere Personen, mit denen sie sich in ihrer Aversion gegen ‚zu viel Kontrolle‘ einig sind. Nach der ‚Befreiung‘ von den bis dahin bekämpften Restriktionen fällt dann nicht nur ein stabilisierendes Agierfeld weg. Oft kommt es - wie im vorliegenden Fall - zu heftigen Labilisierungen der psychischen Verfassung und zu erkennbaren Versuchen, die alte Situation und damit ein Sicherheit gebendes Korsett wieder herzustellen. So machte Pat. S. unmittelbar nach seinem Auszug mehrfach und über einen längeren Zeitraum sehr drängende Anrufe bei Mitarbeitern der sozialtherapeutischen Einrichtung. Er habe sehr „durcheinander“ gewirkt bei starkem Kontaktbedürfnis. Die Leitung habe schließlich den Mitarbeitern die Annahme der Telefonate verboten. Der Patient habe auch lange Zeit sein Zimmer nicht geräumt. Offenbar kam es in dieser Zeit dann zu dem massiven Rückfall.

Der forensische Ambulanzmitarbeiter sah in dem Fall einen Beleg dafür, dass man bei seinen Interventionen und fachlichen Einschätzungen unbedingt konsequent bleiben solle. Bewährungshelfer erkennen seiner Erfahrung nach häufig den Störungsanteil nicht; auch er selbst ertappe sich oft bei Überschätzungen der Patienten. Diese brauchten viel mehr „Ansagen“ und stabile Rahmenbedingungen – und diese eher noch stärker als im stationären Bereich!

4.4.2.11 Freizeit

Im Verständnis des kriminologischen Laien - wie sich etwa in der Diskussion um die Jugendkriminalität zeigt - wird dem Umgang mit der ‚freien Zeit‘ eine große Bedeutung für die Legalbewährung zugesprochen. Wer mit sich und seiner Freizeit ‚nichts anzufangen‘ weiß, für den scheint der Weg in problematische Verhaltensweisen wie Alkohol- und Drogenkonsum, Besuch von Spielhallen, insbesondere Kontakte zu ungünstigen ‚Peers‘ vorprogrammiert. Die Frage eines anschließenden Deliktrückfalls ist unter diesem Blickwinkel dann nur eine Frage des Zeitpunktes.

Tatsächlich fanden sich auch in der Studie starke Belege für diesen Zusammenhang. Gruppiert man die Frage nach der Freizeitgestaltung in ‚sinnvoll‘ vs. ‚problematisch‘ ergaben sich zwischen den Auffälligen und beiden Gruppen der Nicht-Auffälligen signifikante Unterschiede (s. Tab.23). Vor allem eine eigenmotivierte, für sinnvoll erachtete Freizeitgestaltung schien einen protektiven Wert zu haben: Bei der gematchten Gruppe wurde dieser Sachverhalt mehr als doppelt so häufig angegeben wie bei den Auffälligen (52,2% vs. 22,7%). Bei den Auffälligen fanden sich häufiger entweder sehr wenige oder eher exzessive und damit risikoreiche Betätigungen in der Freizeit. Insgesamt war diese Gruppe auch etwas häufiger nur durch ständige Außenmotivation zu aktivieren.

Tab.23: Freizeitverhalten der Ambulanzpatienten im Vergleich

	Auffällige n=22		Vergleichs- gruppe Nicht- Auffälliger n=23*		Gesamtgruppe Nicht-Auffälliger n=90*	
Freizeit	n	%	n	%	n	%
motiviert, überwiegend sinnvoll	5	22,7	12	52,2	44	48,9
durch externe Motivat. noch ausreich.	6	27,3	5	21,7	12	13,3
geringe/exzessive Tät.; eher unprobl.	8	36,4	3	13	27	30
problematisch, risikoreich	3	13,6	3	13	7	7,8
			$\chi^2=4,15$; $p<0,05$		$\chi^2=4,92$; $p<0,05$	

*signifikantes Ergebnis; siehe auch Anmerkung Tab.17

4.4.2.12 Finanzielle Situation und Umgang mit Geld

Der Punkt ‚Umgang mit Geld‘ hängt eng mit dem Punkt ‚Umgang mit Freizeit‘ zusammen. Oftmals korrespondiert die Unzufriedenheit in einem der beiden Bereiche auch mit einer Problematik in dem anderen Bereich. Nur wenige Patienten verfügten über ein eigenes Arbeitseinkommen; bei den Auffälligen war das noch seltener (9%; n=2) der Fall als bei der gematchten Gruppe (22,7%; n=5). Taschengeldempfänger und Bezieher von Grundsicherung (evtl. auch mit Zuverdienst / Prämie) waren in allen Gruppen gleichmäßig verteilt: mehr als drei Viertel aller Patienten lebten von diesen Sozialtransfers. 17 Patienten (18,9%) erhielten eine Rente (davon gehörten 5 Patienten zu den Auffälligen), während 4 Patienten von eigenem oder familiärem Vermögen lebten (s. Tab.24).

Tab.24: Finanzielle Situation der Patienten

	Auffällige		Vergleichs- gruppe Nicht-Auffälliger		Gesamtgruppe Nicht-Auffälliger	
	n=22	%	n=22	%	n=90	%
Finanzielle Situation						
Arbeitseinkommen	2	9	5	22,7	17	18,8
Taschengeld/Grundsicherung	7	31,8	5	22,7	22	24,4
Taschengeld + Zuverdienst	8	36,4	10	45,5	35	39,1
Rente / Vermögen	5	22,7	2	9	16	17,1
Umgang mit Geld	n=19	%	n=23	%	n=88*	%
keine Probleme	7	36,8	12	52,2	55	62,5
Unzufriedenheit; Verschuldung	8	42,1	5	21,7	16	18,2
Geldeinteilung	4	21,1	6	26,1	17	19,3
$\chi^2=5,84$; $p<0,05$						

*signifikantes Ergebnis; siehe auch Anmerkung Tab.17

Bei den Rentnern (n=17) handelte es sich diagnostisch bei knapp drei Viertel der Stichprobe um chronifizierte psychotische Krankheitsformen, bei einem Viertel um organische oder Persönlichkeitsstörungen. Die Gruppe der Auffälligen unterschied sich dabei nicht von der Gesamtgruppe der Rentner: so ging z.B. die Hälfte von ihnen einer (rentenunschädlichen) Beschäftigung nach. Die fünf Auffälligen waren allerdings geringfügig häufiger in nicht betreuten Wohnformen zu finden, während das Verhältnis bei den anderen zwölf Rentnern um-

gekehrt war: Hier war die Zahl der (in ihrer Wohnung) Betreuten doppelt so hoch wie die Zahl der Nicht-Betreuten.

Deutliche Unterschiede zwischen den Auffälligen und den Nicht-Auffälligen zeigten sich hinsichtlich der Frage, wie sich der Umgang mit Geld gestaltete. Im Vergleich zur Gesamtgruppe aller Nicht-Auffälligen zeigten die Auffälligen *signifikant* ($\chi^2=5,84$; $p<0,05$) häufiger Probleme (42,1% vs. 18,2%), die sich in massiver Unzufriedenheit und vor allem in Verschuldung manifestierte. In der gematchten Gruppe fanden sich fast doppelt so viele Patienten, die überhaupt keine Probleme mit Geld hatten. Allerdings gab es bei allen Patienten einen ungefähr gleich großen Anteil (knapp ein Viertel), denen das Geld von ihren Betreuern eingeteilt wurde.

4.4.2.13 Wohnsituation im Verlauf

Zum Zeitpunkt der Entlassung war die Wohnsituation bei allen Patienten der Stichprobe ähnlich: Ungefähr ein Viertel lebten allein oder mit ihrer Partnerin bzw. Familie, drei Viertel lebten in betreuten Wohnformen (s. Tab.25 und Tab.A-10).

Vergleicht man dies mit der Wohnsituation vor der Unterbringung, ergibt sich ein gänzlich gegenteiliges Bild: Fast 90% der Patienten befanden sich damals nicht in professioneller Betreuung, dies war nur bei 7,3% der Fall; 11% waren sogar obdachlos.

Nimmt man den Zeitpunkt der Erhebung als dritten Messwert hinzu, zeigt sich generell eine relative Konstanz im Verlauf der Nachsorge: bei zwei Drittel der Patienten ($n=74$) änderten sich die Wohnverhältnissen nicht. Bei einem Drittel gab es im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt eine leichte Verschiebung in Richtung eines häufigeren ‚Alleinwohnens‘ und eine (deutlicher ausgeprägte) Verschiebung in Richtung ‚Betreutes Wohnen (BeWo)‘. Der um 10% gestiegene Anteil beim BeWo korrespondierte mit dem (vergleichbar großen) Rückgang der Anzahl der Wohnheimbewohner. Dies entspricht der vielfachen Erfahrung, dass Patienten im Zuge einer angestrebten Verselbstständigung häufig in ein Betreutes Wohnen wechseln. So konnten 15 Patienten aus einem Wohnheim in das BeWo und drei in eine Außenwohngruppe verlegt werden, zwei Patienten

wurden auch ohne weitere Betreuung von dort aus direkt zur Familie übergeleitet.

Interessant ist die Frage, ob diese Wechsel in offenere Wohnformen gesundheitliche Risiken oder auch deliktischen Gefährdungen nach sich zogen. Im Vergleich zur gematchten Gruppen zeigte sich, dass sich die Gruppen der Auffälligen von der Gruppe der Nicht-Auffälligen sowohl direkt nach der Entlassung als auch zum Erhebungszeitpunkt nur unwesentlich unterschieden. Auffällige wurden etwas häufiger zu ihren Partnerinnen entlassen. Der deutlich gewachsene Anteil am BeWO verlief bei allen Gruppen im gleichen Umfang.

Betrachtet man in einem weiteren Schritt auch die individuellen Verläufe jenseits der statistischen Summenwerte, stellte sich heraus, dass bei den Auffälligen der Wechsel in eine offenere Wohnform doch eher selten ($n=4$) und nicht häufiger vorkam als der Wechsel in die umgekehrte Richtung, d.h. in eine noch engere (oder vergleichbar eng) betreute Wohnform: Auf der einen Seite wechselten zwar drei Patienten in das ambulante BeWo bzw. eine Außenwohngruppe und ein Patient wurde von der Allgemeinpsychiatrie in ein Wohnheim übergeleitet. Auf der anderen Seite musste aber ein Patient seinen Aufenthalt bei der Familie aufgeben und wurde - ebenso wie ein anderer Patient, der zuvor in einem offenen Wohnheim war - in ein geschlossenes Heim verlegt. Zwei weitere Patienten wechselten nur die Heimeinrichtung.

Kein auffälliger Patient wechselte von irgendeiner betreuten Wohnform in eine gänzlich unbetreute Wohnform. Diese Veränderung fand in der gematchten Gruppe bei einem Patienten statt; bei allen Nicht-Auffälligen war dies immerhin bei sieben Patienten der Fall.

Bei der gematchten Gruppe fanden sich nur bei fünf Patienten Veränderungen der Wohnform. Dabei kam es ausschließlich zu einem Wechsel in offenere Wohnformen mit einem ‚Weniger‘ an Betreuung, vor allem ins BeWo. ‚Rückwärts‘-Bewegungen fanden auch bei der Gesamtgruppe der Nicht-Auffälligen nur in zwei Fällen statt; vielmehr wechselten hier 14 Patienten (‚vorwärts‘) in das ambulante Betreute Wohnen.

Tab.25: Wohnsituation aller Ambulanzpatienten im Verlauf

	<u>vor</u> der Unterbringung (n=109)	<u>direkt nach</u> der Unterbringung (n=115)	<u>zuletzt</u> in der Nachsorge (n=115)
alleinstehend	30,3%	10,5%	14,9%
mit Partner o. Familie	48,6%	15,8%	15,7%
Wohnheim	3,7%	52,6%	40,9%
Betreutes Wohnen	1,8%	17,5%	28,7%
Allgemeinpsychiatrie	1,8%	3,5%	3,3%
obdachlos	11%	0	0

4.4.2.14 Arbeitssituation im Verlauf

Beim Blick auf Tabelle 26 fällt zunächst der Kontrast zwischen der Situation vor und nach der Unterbringung auf: hatten vorher 70,7% der Patienten keine Arbeit, waren es nach der Entlassung nur 13,2%. Von diesen 15 Patienten, die keiner regulären Arbeit oder Beschäftigung nachgingen, wurden im Verlauf drei Patienten strafrechtlich auffällig. Im Laufe der Nachsorge verdoppelte sich jedoch in allen Gruppen die Zahl der ‚Nicht-Arbeiter‘ – bei erkennbarer Mehrbelastung der Gruppe der Auffälligen (Tab.A-13), bei der sich die Anzahl der Patienten ohne Arbeit nahezu verdreifachte (von drei auf acht Patienten).

Betrachtet man die verschiedenen Tätigkeitsfelder der Patienten unter dem Aspekt, ob diese dabei spezifisch betreut wurden oder nicht, so wurden 16 Auffällige bei Entlassung (von 19 - 84,2%) betreut, ‚zuletzt‘ waren es 12 von 14 (85,7%). Bei den Nicht-Auffälligen ist dieses Verhältnis ähnlich.

Von den drei Patienten, die bei Entlassung keiner Arbeit nachgingen, erhielten zwei Patienten eine Rente - einer aus Altersgründen (*Kasuistik 6*), der andere wegen Erwerbsunfähigkeit. Der dritte Patient wurde in *Kasuistik 7* beschrieben.

Tab.26: Arbeitssituation aller Ambulanzpatienten im Verlauf

	<u>vor</u> der Unterbringung (n=109)	<u>direkt nach</u> der Unterbringung (n=114)	<u>zuletzt</u> in der Nachsorge (n=113)
Keine Arbeit	70,7%	13,2%	26,5%
Erste Arbeitsmarkt	13,8%	11,4%	9,7%
Berufliche Rehabilitation, Integrationsfirma	5,7%	12,3%	8%
Beschützte Werkstatt	2,3	31,6%	31%
Gelegenheitsjobs	2,9%	0,9%	1,8%
Ergotherapie	4,6%	30,7%	23%

Im Weiteren wurde eine Analyse derjenigen Patienten vorgenommen, die im Verlauf der Nachsorge keine Arbeit mehr hatten.

Bei den Auffälligen (n=5) resultierte diese Veränderung überwiegend aus dem Wegfall von bis dahin betreuten Arbeitsplätzen. Der Verlust der Beschäftigungsmöglichkeit war in allen Fällen Teil einer insgesamt krisenhaften Entwicklung mit zunehmender Non-Compliance, Konflikten im Wohnheim und immer häufigerem Haschischkonsums (*Kasuistiken 5b, 11, 12*).

In einem Fall endete eine zunächst recht viel versprechende Entwicklung, in der der Patient eine Lehre zum Gartenwerker begann, durch einen lange unbemerkten Drogenabusus auf dem Hintergrund einer unklaren bzw. ungeklärten Partnerproblematik mit dem Verlust der Lehrstelle.

Kasuistik 14

Pat. A., geb.1977, wurde wegen gefährlicher Körperverletzung, Betrug, und mehrfacher Sachbeschädigung gemäß § 63 StGB untergebracht; diagnostisch lagen eine hebephrene Psychose sowie ein multipler Substanzmissbrauch vor. Nach 4,7-jähriger Unterbringung entwickelte sich der Patient im Verlauf der ambulanten Nachsorge lange Zeit sehr stabil, lediglich von „Problemen mit Frauen“. wurde berichtet. Dann sei die Entwicklung laut Bewährungshelfer „überraschend gekippt“: Es kam zum Rückfall in Alkoholkonsum, zur Nichteinnahme der Neuroleptika mit der Folge psychotischer, auch aggressiv-gespannter Zustände, schließlich zum Verlust der Lehrstelle. Eine Anzeige des Wohnheims wegen Hausfriedensbruch wurde später niedergeschlagen. Nach positivem Heroinbefund räumte Herr A. ein, bereits seit einen halben Jahr regelmäßigen Missbrauch zu betreiben. Nach Entgiftung in einer Suchtklinik kam es wieder zu Rückfällen, schließlich erfolgte ein Widerruf wegen Verstoß gegen Weisungen.

Die Hintergründe des rapiden Scheiterns waren (aus der Akte) nicht ersichtlich und blieben wohl allen Beteiligten sowohl im Vorfeld als auch im Nachhinein etwas rätselhaft. Die Trennung von der Freundin wurde als wahrscheinlichster Auslöser angenommen, die dann eine erhebliche, offenbar unterschätzte Suchtdynamik in Bewegung setzte.

Führt man den Vergleich der Gruppe der Auffälligen mit den Nicht-Auffälligen unter dem Aspekt der Veränderung bzw. des Verlustes des Arbeitsplatzes weiter, so fanden sich bei der gematchten Gruppe nur zwei Patienten, die eine (betreute) Arbeit verloren; dafür schafften zwei Patienten den (umgekehrten) Weg in einen Mini-Job und eine Integrationsfirma, also von einer betreuten in eine nicht (oder weniger) betreute Arbeit. Auch wenn man bei beiden Fällen nicht wirklich von einem Wechsel in den ersten Arbeitsmarkt sprechen konnte, so wies die Vergleichsgruppe der Nicht-Auffälligen insgesamt doch eine merklich bessere Arbeitsfähigkeit auf: zuletzt befand sich ein Patient in beruflicher Rehabilitation, zwei Patienten arbeiteten in einer Integrationsfirma, zwei weitere hatten eine reguläre Vollzeitbeschäftigung (Tab.A-13). Gegenüber diesen fünf leistungsfähigeren Patienten stand auf der Seite der Auffälligen nur ein Patient, der einer regulären Beschäftigung nachging, die zudem noch sehr krisenhaft verlief: Es kam hier zu häufigem Wechsel des Arbeitsplatzes, nachdem der Patient wegen Alkoholkonsums den Führerschein verloren hatte.

Eine fehlende oder inadäquate Beschäftigung stellte insbesondere für persönlichkeitsgestörte Patienten einen erheblichen Risikofaktor dar (z.B. *Kasuistiken 5a, 7*).

Der folgende Fall unterstreicht diesen Befund eindringlich und ist zudem ein Lernfall dafür, dass der Wechsel von einem hochstrukturierten Wohnheim in ein ambulantes Betreutes Wohnen sehr sorgfältig begleitet werden muss, wobei insbesondere auf das richtige ‚timing‘ zu achten ist und ein enger Informationsaustausch zwischen den Betreuenden eine unbedingte Notwendigkeit darstellt.

Kasuistik 15

Bei Pat. T., geb. 1955, wurde aufgrund einer dissozialen Persönlichkeitsstörung und einem multiplen Substanzmissbrauch eine verminderte Schuldfähigkeit gemäß § 21

StGB festgestellt und neben einer Freiheitsstrafe von 5 Jahren die Unterbringung gemäß § 63 StGB angeordnet. Anlasstaten waren zahlreiche Eigentumsdelikte z.T. mit Waffengewalt. Die Rückfälle während der Führungsaufsicht waren alle einschlägig (allerdings ohne Gewalt) und führten zu Haftstrafen auf Bewährung, die nie angetreten und schließlich auch „erlassen“ wurden.

Die Rückfälle in der Nachsorge ereigneten sich kurz nach dem Wechsel in das Betreute Wohnen. Vorangegangen war eine problemlos verlaufende zweijährige Beurlaubung in ein Wohnheim. Zum Zeitpunkt des Aussetzungsbeschlusses durch das Gericht nach 10-jähriger Unterbringung erfolgte ein kompletter Wechsel des Settings: Aus der Rundum-Betreuung durch die medizinische Rehabilitationseinrichtung wechselte der Patient (offenbar nach Ablauf der maximalen Aufenthaltsdauer von zwei Jahren) in eine deutlich weniger strukturierte Situation - und dies sowohl im Wohn- als auch im Arbeitsbereich bei gleichzeitigem Wechsel des Bezugsbetreuers. Aus Sicht der Ambulanz hatten die Mitarbeiter des BeWo die zunehmende Verwahrlosung der Wohnung des Patienten und andere Unregelmäßigkeiten, die schließlich in den Diebstahlsdelikten kulminierten, nicht wahrgenommen. Daraufhin wurde das Stundenkontingent des BeWo auf fünf Stunden erhöht und eine ganztägige Beschäftigung in einer Werkstatt angestrebt. Aus nicht ersichtlichen Gründen wurde der Patient aber nur halbtags in einer Tagesstätte beschäftigt. Die dortigen Mitarbeiter meldeten nicht zurück, dass er zeitweilig gar nicht anwesend war. Fraglich war auch, ob die vorgesehenen Drogenscreenings tatsächlich durchgeführt wurden. Offenbar gab es Unklarheiten darüber, wer für die Kosten aufkommen würde. Es folgte ein erneuter (Einbruchs-)Diebstahl. Neben Verurteilungen zu Haftstrafen auf Bewährung wurde durch die StVK eine einjährige Verlängerung der Führungsaufsicht beschlossen. Im weiteren Verlauf erreichte die forensische Ambulanz eine verbesserte Abstimmung der verschiedenen 'Bausteine' des Settings und eine konsequente Umsetzung der Weisungen. Zum Erhebungszeitpunkt wurde eine stabile Situation beschrieben.

In diesem Fall konnten offensichtlich wesentliche Standards forensischer Nachsorge nicht eingehalten werden. Insbesondere an den sensiblen ‚Nahtstellen‘ einer Überleitung wurden Brüche vollzogen, die zu Destabilisierungen führten. Veränderungen der verschiedenen Betreuungskontexte sollten nicht gleichzeitig, sondern nacheinander und bei genauer Beobachtung von Warnsignalen erfolgen. Im vorliegenden Fall wurden die Risiken von den Mitarbeitern des BeWo nicht ausreichend wahrgenommen und konnten (daher auch) nicht kommuniziert werden. Dass ausgerechnet zum Zeitpunkt der Entlassung eine

intensive und hochstrukturierte Maßnahme endete und der Patient in fast gänzlich neues Neuland mit einem neuen Betreuer entlassen wurde, nährte nicht nur beim Patienten die vielfach beschriebenen Illusionen einer ‚totalen Freiheit‘, sondern stellte auch den Nutzwert einer Langzeitbeurlaubung ‚auf den Kopf‘: Das Nachsorge-Setting, das während der Beurlaubung hätte erprobt werden sollen, wurde somit erst im Verlauf der Nachsorge durch ‚Versuch und Irrtum‘ aufgebaut. Insbesondere konnte die Zusammenarbeit von BeWo und Tagesstruktur erst über Krisen und Rückfälle entwickelt werden – immerhin dann mit gutem Erfolg. Der Patient befindet sich bis heute in einer relativ stabilen Verfassung; die Führungsaufsicht wurde für erledigt erklärt.

Betrachtet man die individuellen Bewegungsmuster der Patienten im Bereich ‚Arbeit‘, zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. In der Gruppe der Auffälligen kam es zu häufigeren Veränderungen (n=9), wobei sich bei 6 Patienten eine ‚Abwärtsbewegung‘ (‚weniger‘ oder ‚keine Arbeit mehr‘) entwickelte. Bei der gematchten Gruppe der Nicht-Auffälligen waren die Arbeitsverhältnisse der Patienten von höherer Konstanz geprägt: Veränderungen waren sowohl quantitativ (n=4) weniger häufig als auch in ihrem qualitativen Verlauf günstiger: dem Verlust von zwei Arbeitsplätzen standen auf der anderen Seite zwei ‚Aufwärtsbewegungen‘ (‚mehr‘ oder ‚bessere‘ Arbeit) gegenüber.

In der Summe zeigten sich deutliche Unterschiede. Untersucht man zunächst den Aspekt ‚Arbeit vs. keine Arbeit‘ zum Erhebungszeitpunkt, so fanden sich bei den Auffälligen im Vergleich mit der gematchten Gruppe doppelt so viele Patienten ohne Arbeit (8 vs. 4 Patienten); der prozentuale Anteil dieser Patienten innerhalb der Gruppen war bei den Auffälligen ebenfalls um das Zweifache erhöht (36,4% vs. 17,4%). In der Gruppe der Auffälligen ist damit jeder Dritte ohne Arbeit, in der gematchten Gruppe ist das nur bei (fast) jedem sechsten Patienten der Fall.

Nimmt man den Aspekt ‚betreute vs. nicht betreute Arbeit‘ in die Betrachtung derjenigen Patienten hinein, die einer Arbeit nachgingen, so war das Ergebnis bei allen Gruppen recht ähnlich: zwischen 85 - 90% dieser Patienten gingen einer beschützten (oder fachlich unterstützten) Beschäftigung nach. Die Nicht-Auffälligen hatten dabei Tätigkeiten mit einem etwas höheren Anforderungs-

profil - wobei die Aussagekraft aufgrund der geringen Gruppengröße sicher begrenzt ist.

Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und hohe Erwartungshaltung finden sich häufig im Zusammenhang mit einem späteren Scheitern. Auf dem Boden hoher Kränkbarkeit kommt es gerade bei persönlichkeitsgestörten Patienten zu Frustrations- und Versagenserlebnissen, die dann zu eskalierenden Konflikten mit Vorgesetzten oder zur Verweigerung führen. Eine viel versprechende Rehabilitation kann dann unvermutet ‚kippen‘ (*Kasuistik 14*), wenn der Patient den Arbeitsplatz verliert und in eine resignativ-regressive Entwicklung gerät. Fortschreitender Substanzmissbrauch führt schnell zu einem Verlust an Tagesstruktur und zu einer allgemeinen Indifferenz, die auch Hemmungen gegenüber dissozialen Neigungen und delinquenten Verhaltensweisen abbaut. Das birgt gerade bei Patienten mit Sexualdelikten erhöhte Rückfallrisiken. Im folgenden Fall konnte durch das Risikomanagement der Ambulanz ein (möglicherweise) einschlägiges Rückfalldelikt verhindert werden.

Kasuistik 16

Pat. K., geb. 1962, war wegen eines sexuellen Missbrauchs von Kindern zu einer Unterbringung gemäß § 63 StGB und zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren und sechs Monaten verurteilt. Diagnostisch wurde neben einer Pädophilie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dissozialen Zügen bei schädlichem Gebrauch von Cannabis und Amphetaminen festgestellt. Es bestand eine lange Liste entsprechender (einschlägiger) Vorstrafen. Nach längerer Beurlaubung der insgesamt über 8,3 Jahre andauernden Unterbringung wurde Herr K. in die Wohnung eines Bruders entlassen. Auflagen bestanden vor allem in der Fortsetzung der antihormonellen Medikation mit einem LHRH-Agonisten und Therapiegespräche in der Ambulanz, Umgangsverbot mit Kindern, Fortführung der Arbeit beim (anderen) Bruder und Konsumverbot von Betäubungsmitteln. Im Beschluss fand sich zudem der Hinweis, „dass die Kammer davon ausgeht, dass er an der empfohlenen Gruppentherapie teilnimmt, ohne dass es einer ausdrücklichen Auflage im Beschluss bedarf“! Späterer Kommentar des Patienten dazu: „Das ist dann irgendwie im Sand verlaufen...“

Der Patient verlor recht schnell die Arbeit bei seinem Bruder. Diesbezügliche Sorgen seiner Betreuer wusste er mit Hinweis auf viele Aushilfsjobs zu zerstreuen, wo er ‚schwarz‘ Geld hinzu verdienen könne. Problematisch war die Wohngemeinschaft mit seinem Bruder und dessen Mitbewohner, die beide einschlägig wegen Sexualstraftaten

vorbestraft waren. Hinzu kamen häufige Kontakte mit den Kindern der Lebensgefährtin seines Bruders als auch mit den Kindern seiner eigenen Freundin. Hier wurde er zunächst zum Babysitten eingesetzt. Bald kam es zu ersten Auffälligkeiten: der Vater eines Kindes hatte Anzeige erstattet, dass Herr K. einem Jungen in erheblichen Mengen Alkoholika ausgeschenkt habe. Von einer Polizeistreife wurde der Patient am Bahnhof mit Haschisch und Kinderbildern im Portemonnaie aufgegriffen; ein anderes Mal wurde er bei einer Fahrzeugkontrolle nicht nur ohne Führerschein, sondern auch mit einem minderjährigen Kind auf dem Rücksitz angetroffen.

Der daraufhin eingeschaltete Gutachter hielt eine einschlägige Rückfallgefahr für „wenig wahrscheinlich“. Die Strafvollstreckungskammer erteilte ein weitergehendes (Kontakt-) Verbot auch zu entsprechend vorbelasteten Erwachsenen und forderte nunmehr eine regelmäßige Überprüfung des Testosteronspiegels. Weiterhin habe sich der Patient „nach Kräften um Arbeit zu bemühen ... und seiner Bewährungshelferin einmal im Monat seine Bemühungen nachzuweisen.“ Danach kam es zu einer weiteren Verschlechterung. Der Patient erschien nicht mehr regelmäßig zur Applikation seiner Spritze, Drogenmissbrauch wurde festgestellt, auch ein Umzug in die Nachbarschaft seiner Nichte und ihrer 4 Kinder führte (verstärkt durch die Nähe zu einem Kindergarten und einer Schule) zu keiner Verbesserung der Prognose. Verurteilungen wegen Fahrens ohne Führerschein und wegen zweier Diebstähle führten zunächst zu einer mehrmonatigen Haftstrafe und schließlich - nach einer Krisenintervention nach § 67h StGB und einer erneuten Begutachtung - zum Bewährungswiderruf.

Fazit: Der Mitarbeiter der Ambulanz sah die Ursache für den fehlgeschlagenen Verlauf in einem falschen Entlass-Setting. Tatsächlich war bereits in einem Gutachten vor der Entlassung die Empfehlung ausgesprochen worden, den Patienten in ein Wohnheim und eine beschützte Werkstatt zu rehabilitieren. Auch die Klinik hatte in ihrer Stellungnahme darauf verwiesen, „dass es natürlich sicherer und besser (wäre), wenn Herr K. in einer neutralen und gut kontrollierbaren Umgebung leben würde... Unterstützend (sei) eine regelmäßige Beschäftigung und ein Leben in einer risikoarmen Umgebung, d.h. ohne die ständige Nähe von Kindern“ erforderlich. Dass der Patient sich dann doch mit seinen Entlassungswünschen zu seinen Brüdern (und damit in ein diametral entgegengesetztes Milieu) in der Klinik durchsetzen konnte, wurde zwar von einem Gutachter als „Selbstwertgewinn“ und damit eher positiv gewertet - mit dem Scheitern der Rehabilitation wurde allerdings ein hoher Preis gezahlt.

Gegenübertragungseffekte sind aus der Behandlung persönlichkeitsgestörter Patienten bekannt. Ob solche Einflüsse, die sich im Rahmen der Beziehung von

Patient und seiner Betreuer entwickeln, im o.g. Fall wirksam wurden, konnte natürlich (nur) aufgrund des Aktenstudiums nicht wirklich eruiert werden - sollten aber generell auch in der Nachsorge kritisch reflektiert werden (siehe auch *Kasuistiken 6, 12*). Wie im vorliegenden Fall lässt sich dann durch eine rechtzeitige Krisenintervention (§ 67h StGB) und einen konsequenten Widerruf eine weitergehende Gefährdung verhindern.

Insbesondere bei der Nachsorge persönlichkeitsgestörter Patienten ist auf ein dosiertes Nacheinander der Schritte zu achten, das zunächst in der Beurlaubungsphase seinen Anfang nimmt. Ziel der Langzeitbeurlaubung besteht in der Überprüfung eines tragfähigen Settings für die Zeit nach der Entlassung. Auf den in dieser Zeit gemachten Erfahrungen basiert die positive Legalprognose der forensischen Therapeuten bzw. der Ambulanz. Wenn sich aber - wie in der *Kasuistik 15* - zum Zeitpunkt der Entlassung fast alle Eckpfeiler, auf denen die Prognose ruhte, schlagartig verändern, sind Destabilisierungen ‚vorprogrammiert‘. Die Kontinuität der persönlichen (Bezugs-)Betreuung sollte auch beim Wechsel vom Wohnheim ins BeWo durchgängig erhalten bleiben. Das gibt nicht nur dem Patienten mehr Sicherheit beim Übergang in eine größere ‚Freiheit‘. Es gibt auch den Helfern mehr Sicherheit, dass die wesentlichen Informationen über den Patienten und seine individuellen spezifischen Risikovariablen nicht ‚verloren‘ gehen.

5 Diskussion

Gegenstand der vorliegenden Studie war die Evaluation der ambulanten Behandlung forensischer Patienten, die in den Jahren 2002 bis 2006 im Bundesland Nordrhein-Westfalen aus einer Unterbringung nach § 63 StGB entlassen wurden. Zielgruppe waren vor allem die Patienten, bei denen eine Aussetzung der Maßregel zur Bewährung gemäß § 67d Abs.2 StGB erfolgte (n=100). Hinzugenommen wurden sowohl Patienten, die im Untersuchungszeitraum gemäß § 67d Abs.6 StGB aufgrund einer Erledigungserklärung in Freiheit entlassen wurden (n=4), als auch die gemäß § 67b StGB (Aussetzung zugleich mit der Anordnung) direkt bei der Hauptverhandlung zur Bewährung entlassenen Patienten (n=11).

Insgesamt konnten 115 Einverständniserklärungen von Patienten akquiriert werden, die durch eine forensische Ambulanz betreut wurden. Bei insgesamt 232 im Zeitraum 2002 – 2006 in NRW entlassenen Patienten (Angaben der Träger; s. Kap. 3.1*) bedeutet dies ein Ausschöpfungsgrad von 49,6% bzw. (bei Abzug von 11 Verstorbenen) eine Zustimmungsquote von 51,6%. Die Daten der rekrutierten Stichprobe wurden an 21 (von insgesamt 25) Ambulanzstandorten in NRW erhoben. Mithilfe eines Fragebogens wurden die Daten aus den zur Verfügung gestellten Behandlungs- und Nachsorgeakten der Patienten extrahiert. Darüber hinaus wurden die Therapeuten der forensischen Ambulanzen zu ihren Patienten befragt.

Die diagnostischen und deliktischen Daten der Ambulanzpatienten wurden erfasst und mit anderen forensischen Patientenpopulationen verglichen, die in Deutschland und in NRW sowohl stationär als auch ambulant behandelt wurden. Für die Daten des gesamten Bundesgebietes wurden neben Erhebungen des Statistischen Bundesamtes auch solche der Kriminologischen Zentralstelle e.V. (KrimZ) herangezogen. Diese von Dessecker (2008) für das Jahr 2006 erhobenen Daten basieren auf standardisierten Umfragen bei den Maßregelkliniken bzw. deren Trägerverwaltungen und sind dadurch mit einigen Unsicherheiten (z.B. heterogenes Antwortverhalten) behaftet; das Bundesland Hessen hatte sich zudem nicht beteiligt. Auch in der Maßregelvollzugsstatistik sind mit

* Dort auch Hintergründe für den (geringen) Ausschöpfungsgrad

Ausnahme von Berlin die Einrichtungen aus den östlichen Bundesländern (noch) nicht berücksichtigt. Angaben zu den Diagnosen ließen sich zudem nur in der Stichtagserhebung von Leipziger finden, an der sich allerdings nur ca. 40% der Maßregelklinken beteiligten.

Der Katamnesezeitraum betrug im Durchschnitt 4,4 Jahre (Standardabweichung 16,3; Spannweite 2,4 bis 7,8 Jahre); der Median war 4 Jahre. Bei Einbeziehung der Langzeitbeurlaubung befanden sich die Patienten durchschnittlich bereits 5,6 Jahre in Freiheit (Standardabweichung 20,8; Spannweite 2,5 bis 11,9 Jahren).

Die in Kapitel 4 beschriebenen Ergebnisse der Stichprobe (n=115) lassen hinsichtlich Geschlecht, Nationalität und Alter keine wesentlichen Abweichungen von der Population aller entlassenen Patienten im Bundesgebiet 2006 erkennen (siehe Anhang, Tab.A-3; A-4). Während das Durchschnittsalter nahezu identisch war, lag der Frauenanteil mit 4,3% (vs.8,2%) eher niedriger, der Migrantenanteil mit 16,5% (vs.11,3%) etwas höher als im Bundesdurchschnitt aller entlassenen Patienten im Jahr 2006 (Dessecker 2008, 75).

Bedeutsame Unterschiede zeigten sich hingegen bei den Zeiträumen, in denen die Patienten vor ihrer Entlassung untergebracht waren bzw. langzeitbeurlaubt wurden. So wurden nach Berechnungen von Dessecker (2008) im Jahr 2006 73% der entlassenen Maßregelpatienten für längere Zeit beurlaubt. Die Beurlaubungen dauerten im Mittel mehr als 11 Monate (ebd., 35). In Nordrhein-Westfalen erfolgten in den Jahren 2002 bis 2006 ebenfalls bei drei Viertel der Patienten (76,5%; n=88) Langzeitbeurlaubungen. Die durchschnittliche Dauer war jedoch länger und betrug 20,7 Monate (Median 16 Monate), wobei eine erhebliche Spannbreite zu verzeichnen war: Die kürzeste Beurlaubungsdauer betrug 1 Monat, die längste 87 Monate. Als Gründe für die (unterschiedliche) Dauer der Beurlaubungsphase wurde von den Therapeuten in 73 Fällen (85,9%) fortbestehende Unsicherheiten, erforderliche Erprobungsschritte oder auch Komplikationen im Rehabilitationsverlauf angegeben; nur bei 3 Patienten (3,5%) führte ein Fortdauerbeschluss der Strafvollstreckungskammer entgegen der Entlassensempfehlung der Klinik zur Verlängerung der Beurlaubung. Die Not-

wendigkeit von zwischenzeitlichen Rückverlegungen (23,7%) bestand bei allen Gruppen in ähnlichem Umfang. Als Gründe für die Rückverlegungen wurden zur Hälfte (45,2%; n=42) die Verschlechterung des Gesundheitszustandes genannt. Bei der anderen Hälfte geschahen die stationären Kriseninterventionen auf dem Hintergrund zunehmender Non-Compliance, die sich als Nichteinhalten von Vereinbarungen (19%) und (Abstinenz-)Regeln (9,5%) bis hin zu Entweichungen (14,3%) und deliktnahen Entwicklungen (7,1%) manifestierte; zwei Patienten entwickelten eine depressive Krise mit suizidaler Gefährdung.

Die Langzeitbeurlaubung hat sich demnach zu einem wesentlichen Instrument der Rehabilitation entwickelt. Eindrucksvoll erscheint der Befund, dass die Länge der Beurlaubungsphase weder durch eine (restriktive) Spruchpraxis der Strafvollstreckungskammern noch durch fortbestehende Unsicherheiten gemeindepsychiatrischer Einrichtungen bestimmt wurden. Vielmehr diene dieser Zeitraum den Ambulanzen als eine therapeutisch genutzte Belastungserprobung und damit als wesentliche Absicherung der Legalprognose. Die Tatsache, dass Nicht-Rückfällige häufiger als Rückfällige vor Entlassung langzeitbeurlaubt wurden (87% vs. 69,6 %), kann als Hinweis für die Notwendigkeit solcher Langzeitbeurlaubungen gelten, auch wenn hier im Gruppenvergleich kein Signifikanzniveau erreicht wurde. Die Dauer der Beurlaubungen war im Mittel bei der gematchten Gruppe (n=23) um ungefähr drei Monate, bei der Gesamtgruppe der Nicht-Auffälligen (n=71) sogar um fast 10 Monate länger als bei den Auffälligen (22,2 vs. 13,8 Monate; allerdings auch hohe Standardabweichungen 15,6 vs. 7,1). Von der Möglichkeit einer Beurlaubung sollte daher eher mehr Gebrauch gemacht werden, wenngleich dies natürlich immer im Einzelfall zu entscheiden bleibt. Letztlich untermauern diese Ergebnisse die Bedeutung der Langzeitbeurlaubung für die Legalprognose.

Die durchschnittliche Verweildauer von 8,4 Jahren (Median 7,5 Jahre) lag erkennbar höher als die von der Kriminologischen Zentralstelle (Dessecker 2008, 88) für das Jahr 2006 (6,6 Jahren; Median 5,5 Jahre). Rechnet man die Langzeitbeurlaubungen heraus, ist die Differenz beider Untersuchungen nicht mehr so groß: die mittlere Unterbringungszeit in NRW beträgt dann 6,7 Jahre gegenüber 5,7 Jahre.

Gliedert man die Deliktgruppen nach deren Unterbringungsdauern (Tab.A-2), so zeigte sich für Sexualdelikte mit 11,3 der höchste Medianwert; bei gewaltlosen Delikten dauerte der Aufenthalt länger als bei sexuellen Gewaltdelikten. Diese Differenz war nicht so ausgeprägt, wie sie noch von Leygraf (1988) oder auch – abgeschwächer – von Dessecker (2008) festgestellt wurde (siehe auch Seifert & Leygraf 1997 und Seifert 2007). Darauf folgten die Maßregelpatienten mit Brandstiftungs- und Tötungsdelikten mit einem Median um 9 Jahre. Der niedrigste Medianwert von 4,9 Jahren fand sich in der quantitativ bedeutsamen Gruppe der Körperverletzungsdelikte, die damit kürzer als die Patienten mit Eigentumsdelikten (6,7 Jahre) behandelt wurden – auch diese Werte befanden sich in Übereinstimmung mit dem Bundesdurchschnitt.

Betrachtet man die Unterbringungsdauern im Hinblick auf die Diagnosen (Tab.A-1), bestätigt sich der Befund von Seifert (2007), dass Patienten mit einer Intelligenzminderung am längsten untergebracht waren (Median: 12,3 Jahre). Auch wenn die Anzahl dieser Patienten vergleichsweise gering ausfiel, war doch eine erhebliche Abweichung vom Medianwert der Gesamtgruppe (7,5 Jahre) festzustellen. Betrug der Unterschied zur Gruppe der Persönlichkeitsstörungen in einer (nur) 20% längeren Unterbringungsdauer, so war diese im Vergleich mit der Gruppe der schizophrenen Patienten sogar doppelt so lang.

Dessecker (2008, 43) zeigt auf, dass die Medianwerte bundesweit im Zeitraum von 2002 – 2006 von 4 ½ Jahren auf annähernd 6 Jahre deutlich zunahmen. Auch in der prospektiven Essener Prognosestudie von Seifert (2007, 43) ergab sich noch ein Medianwert von 4,8 Jahren. Nur die Patienten in Bayern und Baden-Württemberg haben jeweils deutlich kürzere Unterbringungszeiten hinter sich gebracht; besonders lange Zeit bis zur Entlassung verging dagegen neben Nordrhein-Westfalen in Berlin und Niedersachsen. Die längeren Unterbringungsdauern in NRW korrespondierten mit einer (im regionalen Vergleich) niedrigen Entlassungsquote: Betrug im Jahr 2006 bundesweit das Verhältnis von entlassenen zu untergebrachten Patienten 1:13, so wurde in NRW nur jeder 25. Patient entlassen. Damit rangiert das Land an vorletzter Stelle aller Bundesländer (Dessecker 2008, 78). Deutlich entlassungsfreudiger waren die Länder Bayern (1:10,8), Baden-Württemberg (1:5,5) und Mecklenburg-Vorpommern (1:9,7).

Gründe für die relativ hohe Unterbringungsdauer in NRW lassen sich aus den erhobenen Daten nicht eruieren. Dazu müssten komplexe und vergleichende Daten zur Patientenstruktur (insbesondere der Anteil der Gruppe der Persönlichkeitsgestörten), aber auch der Qualität der Versorgungs- und Behandlungsstrukturen herangezogen werden. (Ob hier der ab 2007 erhobene Kerndatensatz weiterführt, bleibt abzuwarten. Zurzeit liegen noch keine Übersichten vor). Dabei ist die überdurchschnittliche Länge der Langzeitbeurlaubungen sicher ein Faktor, der (nur) zum Teil ins Gewicht fällt: Auch wenn man den Zeitraum der Langzeitbeurlaubungen von der Gesamtunterbringungsdauer abzieht, der in NRW im arithmetischen Mittel nahezu doppelt so lang ist wie im Bundesdurchschnitt (20,7 Monate vs. 11 Monate), verbleibt eine um fast ein Jahr (11,9 Monate) längere Unterbringungszeit in Nordrhein-Westfalen als im Bundesdurchschnitt. Auch Traub und Weithmann (2008, 599) stellen in ihrer vergleichenden Übersicht zur Entwicklung des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB erstaunt fest: „Obwohl in Nordrhein-Westfalen weniger als die Hälfte der Aburteilungen Bayerns zu verzeichnen war, nahm der Bestand an forensischen Patienten um 4,1/100.000 EW zu, in Bayern aber – bedingt durch eine etwa 4fache Entlassungsrate – nur um 2,9/100.000 EW“. Eine Untersuchung zu den Entlasshindernissen im hiesigen Bundesland könnte hier evtl. Aufklärung bringen. Hypothetisch lassen sich viele Aspekte denken, die sich aus den vorliegenden Daten jedoch nicht herleiten lassen. So wäre u.a. der Frage nachzugehen, welchen Einfluss die Struktur der komplementären Nachsorge z.B. in Bayern (die im Unterschied zu NRW auch geschlossene Einrichtungen vorhält) auf die dortige (höhere) Entlassquote hatte.

Bei der Betrachtung der Unterbringungsdauer ist ebenfalls ein Aspekt von Interesse, der in der aktuellen Diskussion um die Langzeitpatienten (LVR 2010) eine Rolle spielt. Entsprechend des in dieser Studie errechneten Medians wurde die Hälfte der Patienten in NRW erst nach 7,5 Jahren (bis maximal nahezu 25 Jahren) entlassen. Die Unterbringungsdauer sagt daher nur wenig über die realen Entlassungschancen eines Patienten aus. Sie allein ist somit für die Definition eines ‚Longstay-Patienten‘ nicht ausreichend (Hourtz 2003; Hollweg 2010). Es ist daher davor zu warnen, länger untergebrachte Patienten vorschnell als ‚nicht behandelbar‘ auszugrenzen, zumal eine exakte Definition die-

ser Patientengruppe noch nicht gelungen ist und sicherlich auch äußerst komplex sein dürfte (Leygraf 2002; Schalast et al. 2007). Aus der Perspektive des Patienten bleibt zu bedenken, dass eine voreilige Einordnung zu dieser Gruppe Gefühle der Perspektivlosigkeit und Resignation verstärken können, was letztlich zu einer Hospitalisierung führt und eine Steigerung der Kosten der Unterbringung nach sich zieht, die man durch die Schaffung solcher ‚Longstay‘-Bereiche eigentlich reduzieren wollte.

„Im langfristigen Vergleich liegen die in den letzten Jahren in Deutschland erhobenen Unterbringungsauern im psychiatrischen Maßregelvollzug trotz einiger Hinweise auf eine aktuelle Zunahme noch deutlich unter den Werten, die in den 1970er Jahren mit einer therapiefeindlichen Anstaltspsychiatrie assoziiert waren“. Dieser abschließenden und (tröstlich-)relativierenden Bewertung Desseckers (2008, 45) kann man sich im Hinblick auf Nordrhein-Westfalen sicher nur bedingt anschließen. Auch wenn ein größerer Teil der längeren Unterbringungszeiten (nur) auf das Konto von Langzeitbeurlaubungen gehen sollte, so scheint sich offenbar gerade in NRW die vielerorts beschriebene politische ‚Großwetterlage‘ (u.a. Leygraf 1998) besonders ausgeprägt zu entfalten.

Die Tatsache, dass schizophrene Patienten unter den Nachsorgepatienten die größte Diagnosegruppe darstellten, ist sicher nicht erstaunlich. Bemerkenswert ist eher, dass diese Tendenz im Vergleich zur Prognosestudie (Seifert 2007) noch stärker ausgeprägt war (56,6% vs. 44,6%). Die Gruppe der persönlichkeitsgestörten Patienten war dagegen vergleichsweise kleiner (22,6% vs. 31,8%; Tab.2 und Abb.2). Dieser Trend zeigt sich ebenfalls im Vergleich mit den entlassenen Patienten sowohl aus NRW als auch aus dem gesamten Bundesgebiet (Tab.A-2).

Auch der hohe Anteil der Substanzabhängigkeit an den Zweitdiagnosen ist in der Literatur mehrfach beschrieben und findet in den vorliegenden Daten eine Bestätigung. Nur ein Drittel der Stichprobe (36,5%; n=42) hatte keine Zweitdiagnose, 13 Patienten (11,3%) wiesen eine Persönlichkeitsstörung als Nebendiagnose auf. Fast jedem zweiten entlassenen Patienten, insgesamt 52, wurde bei Entlassung ein Substanzmissbrauch (ICD-10: F1) als Zweitdiagnose attestiert. 40 (62,5%) von insgesamt 64 Patienten mit der Hauptdiagnose einer

schizophrenen Störung hatten als Zweit- oder Dritt diagnose einen Substanzmissbrauch, 4 Patienten (6,3%) jeweils eine Persönlichkeitsstörung oder eine Intelligenzminderung. Die hohe Suchtproblematik zeigte sich auch daran, dass jeder zweite Patient (55,2%) bei Begehung des Unterbringungsdeliktes unter Einfluss von Alkohol (30,5%), Drogen (11,4%) oder mehreren Substanzen (13,5%) stand.

Hinsichtlich der Deliktstruktur fällt bei der Stichprobe im Vergleich mit den untergebrachten Patienten in NRW ein deutlich geringerer Anteil von Sexualdelikten (14,8% vs. 27,5%) auf. Das gilt auch im Vergleich mit bundesweiten Zahlen (Tab.A-1). Eine gegenläufige Entwicklung lässt sich bei den Patienten mit Tötungsdelikten feststellen. Sowohl in NRW als auch im gesamten Bundesgebiet befand sich 2006 jeder fünfte Patient wegen eines Tötungsdeliktes in der Unterbringung nach § 63 StGB. In unserer Stichprobe (Ambulanz- und Prognosestudie ähnlich) lag der Anteil dagegen mit 28,7% deutlich höher. Diese Unterschiede der Deliktstruktur zwischen ambulanten und stationären Patienten wird nachvollziehbar, wenn man sich noch einmal die unterschiedliche Diagnoseverteilung (Tab. 2) vor Augen führt: Schizophrene Patienten, die über Dreiviertel aller Tötungsdelikte (n=26; 78,8%) begingen, wurden insgesamt doppelt so häufig entlassen wie Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die den überwiegenden Anteil an den Sexualdelikten (n=10; 58,8%) ausmachten. Auch der hohe Anteil an Patienten mit Körperverletzungen in der Ambulanzstudie hängt eng mit dem relativ (gegenüber der Prognosestudie, Abb.2) höheren Anteil von schizophrenen Patienten zusammen: diese begingen 19 der insgesamt 30 Körperverletzungen (63,3%).

Insbesondere in der niedrigen Entlassquote der Sexualdelinquenten spiegelt sich die kriminalpolitische ‚Großwetterlage‘ wieder: Aufgrund der Skandalisierung von Rückfällen in den Medien ist die Entlassungsbereitschaft – insbesondere dieser Patientengruppe – seitens der Kliniken und auch der Gerichte deutlich zurückgegangen. Dadurch kommt es zu einer stetigen Zunahme von Patienten mit Sexualdelikten im Maßregelvollzug. „‘Sexualstraftäter‘ ist, lang vor der dahinter stehenden Realität, ein mit vielfältigen Phantasien überfrachtetes Reizwort der rechtspolitischen Debatte und des Kampfes um die Zuschauer-

aufmerksamkeit in den Medien. Er ist der Teufel nicht erst des 21. Jahrhunderts, ... wurde als Symbol der Auflösung gesellschaftlicher Ordnung und staatlicher Macht gesehen. (Kröber 2009, 420). Der gesellschaftliche Kontext, in dem sich die Entlassung von Sexualdelinquenten bewegt, schlägt sich im Maßregelvollzug noch deutlicher als im Strafvollzug (mit festen Strafzeiten) nieder. Die sehr geringe Rückfallquote der Sexualstraftäter in der vorliegenden Studie (s.u.) kann dabei einerseits durchaus als Beleg für die zum Teil guten Entlassperspektiven dieser Gruppe bei fachgerechter Nachsorge gelten. Andererseits lassen sich diese Ergebnisse auch als Qualitätsbeweis der Entlassprognosen der Therapeuten und Gutachter interpretieren, die offenbar die ‚richtigen‘ Patienten ausgewählt haben. Die bekanntlich große Heterogenität des tatsächlichen Bildes des Sexualstraftäters sowohl in kriminologischer als auch in klinischer Hinsicht machen generelle Aussagen ohnehin nur schwer möglich (Seifert et al. 2003b). In der Gruppe der Nicht-Zustimmer (Tab.A-6) fand sich im Übrigen ein höherer Prozentsatz von einschlägig rückfälligen Patienten (4 von 19 – 21,1%); ein fünfter Patient erhielt wg. Verstoß gegen Weisungen unbefristete Führungsaufsicht. Es handelte sich dabei ausschließlich um Patienten, die wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern untergebracht waren; drei Patienten erhielten Freiheitsentzug, einer lediglich eine Geldstrafe.

Das Erfolgskriterium für die Wirksamkeit forensischer Nachsorge ist in der Verfügung des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug NRW vom 02.12.2005 klar vorgegeben: „Hauptaufgabe der Fachambulanz liegt darin, Deliktrückfälle zu verhindern“ (ebd., 2). Medizinisch-therapeutische Wirkkriterien (Fortschritte in der Behandlung) oder sozialpsychiatrische Parameter wie psychosoziale Integration oder Autonomie werden damit genauso wenig als Erfolgsmaßstab herangezogen wie etwa die Lebenszufriedenheit der Patienten o.ä., wenngleich diese Aspekte sicherlich eine Bedeutung besitzen, jedoch bislang wissenschaftlich nicht hinreichend untersucht wurden.

Eine allgemein gültige Definition von Rückfall existiert zurzeit nicht. Als ‚kleinster gemeinsamer Nenner‘ haben sich die Eintragungen im Bundeszentralregister (BZR), auch als Anknüpfungspunkt für vergleichende Studien, herausgebildet. Insgesamt kam es bei jedem fünften Patienten (23 der insgesamt 115 Pa-

tienten - 1 weibl., 22 männl.) zu erneuten Eintragungen im Bundeszentralregister. In das Zentralregister werden alle rechtskräftigen Entscheidungen der Gerichte eingetragen. Dazu gehören auch Einstellungen wegen Schuldunfähigkeit, Verlängerung der Führungsaufsicht und Widerruf der Aussetzung einer Maßregel. Da diese Eintragungen nicht immer eine Straftat bzw. einen Rückfall zur Voraussetzung haben, sondern in vielen Fällen aufgrund von Weisungsverstößen erfolgen, wird hier summierend von ‚strafrechtlich relevanten Auffälligkeiten‘ bzw. von ‚Auffälligen‘ gesprochen, die dann im weiteren nach Art, Schwere und juristischen Konsequenzen differenziert werden (Tab.8 und Tab.10). In der Hälfte der Fälle (12 von 23 – 52%) führten diese ‚Auffälligkeiten‘ nicht zu einem erneuten Freiheitsentzug. Dabei interessieren neben Art und Schwere der strafrechtlichen Auffälligkeit insbesondere deren Einschlägigkeit. Nicht nur in der Formulierung des § 63 StGB hat sich die legalprognostische Einschätzung auf „erhebliche rechtswidrige Taten“ zu beziehen; auch Politik und die Öffentlichkeit interessieren vor allem die schwerwiegende, gewalttätige Delinquenz. Daher existiert in kriminologischen Studien ein deutlich enger gefasster Rückfallbegriff, der Auffälligkeiten erst dann als Rückfall wertet, wenn eine strafrechtliche Verurteilung bzw. Unterbringung ohne Bewährung erfolgte (Dünkel und Geng 1994), also mit Freiheitsentzug geahndet wurde. Einschränkend bleibt anzumerken, dass keine Erhebung der Dunkelfeldkriminalität erfolgen konnte.

In der vorliegenden Studie waren die weit überwiegende Zahl der erneuten Straftaten (zwei Drittel) nicht einschlägig und zudem Delikte geringerer Schwere als die Anlassdelikte (siehe Tab.9 mit einer Gegenüberstellung der Rückfallmit den Anlassdelikten). Hervorzuheben ist die insgesamt geringe Rückfallquote der Sexualstraftäter. Von 17 Patienten mit einem Sexualdelikt (siehe Tab.3) kam es nur bei einem Patienten zu exhibitionistischen Handlungen. Als justizielle Reaktion erfolgte dabei auch kein erneuter Freiheitsentzug (*Kasuistik 6*). Auch die 17 Brandstifter wurden nicht einschlägig rückfällig; lediglich ein Patient beging eine Sachbeschädigung, ein anderer musste sich wegen Trunkenheit im Verkehr verantworten. Von den 33 Patienten, die aufgrund von Tötungsdelikten untergebracht waren, kam es nur in zwei Fällen zu vergleichsweise geringfügigen strafrechtlichen Auffälligkeiten (in beiden Fällen: Fahren

ohne Fahrerlaubnis; dabei in einem Fall darüber hinaus zu Untreue und Diebstahl).

Beachtlich ist, dass weniger als die Hälfte (11 von 23) der strafrechtlichen Auffälligkeiten justiziell mit Freiheitsentzug geahndet wurden. Es verbleibt somit ein Anteil von 9,6% der entlassenen Patienten (n=115), bei dem man von einem Scheitern der Rehabilitation (im engeren Sinne) sprechen muss, da in diesen Fällen die angestrebte Wiedereingliederung erkennbar nicht erfolgreich war. Bei der anderen Hälfte der Patienten, bei denen sich Eintragungen im BZR finden lassen, handelte es sich um Vorkommnisse geringerer strafrechtlicher Relevanz, so dass sich der (Re-)Integrationsprozess zwar phasenweise problematisch gestaltete, aber nicht dauerhaft abgebrochen werden musste.

Untersucht man den jeweiligen Hintergrund für den erfolgten Freiheitsentzug, so ergibt sich eine weitere notwendige Differenzierung: In sechs Fällen waren die erneuten Hospitalisierungen justizielle Reaktionen auf Weisungsverstöße der Patienten. Nur in fünf Fällen (4,3%; n=115) erfolgte der Freiheitsentzug als Konsequenz auf erneute Straftaten, davon waren zwei Gewaltdelikte (Körperverletzungen). Dabei bleibt sicher zu berücksichtigen, dass die Weisungsverstöße der Patienten „gröblich oder beharrlich“ (§ 67g Abs.1 StGB) waren, so dass „sich daraus ergibt, dass der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert“ (s.o.). Auch die - oftmals zusätzliche - Widerrufsbeurteilung des Gerichts, „dass von der Person infolge ihres Zustandes rechtswidrige Taten zu erwarten sind“ (§ 67g Abs.2 StGB) verweist darauf, dass in allen Fällen ein deutlich erhöhtes Rückfallrisiko bestand bzw. angenommen wurde, welches anders nicht abgewendet werden konnte.

Beim Vergleich der Gruppe der Patienten, die einer Teilnahme an der Untersuchung zugestimmt haben (n=115) mit der Gruppe derer, die eine Beteiligung verweigert haben (n=110), fallen die Unterschiede hinsichtlich ihrer Legalbewährung weit weniger gravierend aus, als zunächst angenommen werden musste (siehe Kapitel 4.3.1). Neben einer etwas anderen (Rückfall-)Deliktstruktur war insbesondere der Anteil der Delikte, die mit Gewalt gegen Personen einhergingen, in beiden Gruppen ähnlich gering: bei den Nicht-Zustimmern fand sich eine sexuelle Nötigung, bei den Zustimmern zwei Kör-

perverletzungen. Dieser Befund spricht dafür, dass die im Rahmen der vorliegenden Studie erhobenen Struktur- und Verlaufsdaten derjenigen Patienten, die ihre Einwilligung erteilt haben, von hoher Aussagekraft sind. Zwar lassen sich deren Daten nicht ohne weiteres auf die Gruppe der Nicht-Zustimmer übertragen, da wesentliche Variablen wegen der eingeschränkten Informationslage bei der letzteren Gruppe nicht zur Verfügung standen. Nicht nur aufgrund der relativ ähnlichen Deliktstruktur, sondern auch aufgrund der vergleichbaren strafrechtlichen Vorgeschichte und Legalbewährung ist wohl mit ausreichender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Ergebnisse dieser Studie die gesamte ambulante Nachsorge in Nordrhein-Westfalen abbilden und damit verallgemeinerbare Aussagen auch zur Effektivität forensischer Nachsorge erlauben.

Vergleicht man den (anhand der Registerauszüge erhobenen) Zeitpunkt der ersten Auffälligkeit nach der gerichtlichen Aussetzung der Maßregel (n=115) mit Daten aus früheren Studien (z.B. Leygraf und Windgassen 1988), ist eine etwas größere zeitliche Streuung der Rückfälligkeit zu konstatieren. Zeigten sich in den ersten Monaten direkt nach Entlassung kaum Auffälligkeiten, so fand sich eine erste Häufung in der Zeitspanne zwischen dem ersten halben Jahr und 18 Monaten. In diesem Jahr zeigten sich genau so viele strafrechtliche Auffälligkeiten (n=9; 39,1%) wie in dem dritten und vierten Jahr zusammen. Die Häufigkeit nahm mit zunehmender Dauer der Führungsaufsicht erkennbar ab – im fünften Jahr fanden sich nur noch zwei Eintragungen im Bundeszentralregister. In der Zeit nach der Führungsaufsicht wurde bis auf einen Patienten (mit einer besonders kurzen Dauer der Führungsaufsicht von 24 Monaten) kein Patient rückfällig. Insgesamt hatten ein Drittel (n=38) aller entlassenen Patienten ihre Führungsaufsicht ‚erfolgreich‘ abgeschlossen. In der prospektiven Prognosestudie von Seifert (2007) ereigneten sich 78% der Rückfalldelikte in den ersten zwei Jahren, in der Ambulanzstudie kam es in dieser Zeit nur bei der Hälfte (52,1%) zu strafrechtlichen Auffälligkeiten.

Bekanntlich gilt gerade diese Zeitspanne als besonders kritisch, da bei den Patienten durch den Entlassungsbeschluss wieder Illusionen von ‚totaler Freiheit‘ ausgelöst und Grenzen neu ausgetestet werden (Schmidt-Quernheim 2005). Offenbar wird dieser ‚stürmischen‘ Zeit nunmehr durch die vorausgegangenen, teilweise recht langen Beurlaubungen besser entgegengewirkt. Auf diesem We-

ge können die Patienten nicht nur mehr Sicherheit im Umgang mit erweiterten Freiheitsgraden gewinnen. Problematische Verhaltensmuster können noch im ‚Schutz‘ der Beurlaubungen korrigiert werden, der ‚Realitätsschock‘ und dessen Desillusionierungen können bereits –zumindest partiell - erfahren und bearbeitet werden. Auch das Wissen aller Beteiligten über die Störanfälligkeit dieser sensiblen Phase und die besonders enge Begleitung durch die forensischen Ambulanzen stellt eine mögliche Erklärung für den Rückgang der Rückfälligkeit in dieser Zeit dar.

Die aktuellen Rückfallzahlen entlassener forensischer Patienten in NRW (Gesamtgruppe: n=225) sind im Vergleich zu denen in Tabelle 16 aufgeführten Untersuchungen relativ niedrig. Nimmt man die in den Studien verwendete Systematik, so liegt die generelle Rückfälligkeit bei 23,6% (n=53), d.h. fast jeder vierte Patient weist in einem Beobachtungszeitraum vom 4,8 Jahren eine oder mehrere Eintragungen im Bundeszentralregister auf. Eine Eintragung im BZR bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass es zu einer erneuten Straftat gekommen ist. Gewalt – und /oder Sexualdelikte verübten nur sieben Patienten (3,1%), wovon zwei Patienten wegen exhibitionistischer Taten auffielen. Bei 29 Patienten (12,9%) wurden freiheitsentziehende Maßnahmen angeordnet, dabei aber nur zum Teil wegen einer Straftat (Tab. 8).

Von einem bayrischen Modellprojekt zur „ambulanten Sicherungsnachsorge“ berichten Stübner und Nedopil (2009) von ebenfalls niedrigen Rezidivraten. Nachuntersucht wurden 111 Patienten, die gemäß § 63 (n=103) und § 64 (n=8) untergebracht waren. Nach einer mittleren Beobachtungszeit von 4,5 Jahren wurden 9,9% der entlassenen Patienten rückfällig (sechs Delikte und fünf Verdachtsfälle ohne Strafverfolgung). Auch hier ist der Anteil von Gewalt- und Sexualdelinquenz mit 6,3% (einschließlich Verdachtsfälle) ähnlich gering wie in der vorliegenden Studie. Die Autoren verweisen mit Blick auf die (in der Tab.16 aufgeführte) Studie von Jokusch und Keller (2001) darauf, dass dort nach fünf Jahren ohne forensische Nachbetreuung bei 40% der entlassenen Patienten Rückfälle beschrieben wurden. Die Vergleichbarkeit mit anderen Studien ist sicher aufgrund z.T. unterschiedlicher Entlasskohorten und Katamnesezeiträume begrenzt (Seifert 2010). Resümierend lassen sich die in der vorliegenden Studie gefundenen Ergebnisse bei allen methodischen Limitierungen (s.

auch Kap. 2.3.3) als starker Hinweis für die Effektivität des Maßregelvollzuges in NRW betrachten.

Bei alleiniger Auswertung der Auszüge aus dem Bundeszentralregister fehlen jedoch jegliche Information hinsichtlich der Hintergründe der Rückfälle. Daher wurden in der vorliegenden Untersuchung neben der Erhebung anamnestischer und unterbringungsbezogener Merkmale vor allem das ambulante Behandlungskonzept dieser Patienten beschrieben. Ein Schwerpunkt lag dabei auf den Verlaufsdaten aus den verschiedenen Betreuungskontexten. Zur Erfassung potentieller Risikomerkmale, aber auch protektiver Faktoren erfolgte dabei (zur Methodik siehe Kap. 3) jeweils eine Gegenüberstellung der Gruppe „Auffälliger“ (n=23) mit einer gematchten Gruppe „Nicht-Auffälliger“ (n=23) und der Gesamtgruppe der „Nicht-Auffälligen“ (n=92).

Bei den historisch-anamnestischen Items wie z.B. die Anzahl früherer stationär-psychiatrischer Behandlungen zeigen sich zwar keine signifikanten, aber zum Teil durchaus bemerkenswerte Unterschiede zwischen den Gruppen. Desaströse Sozialisationsbedingungen forensischer Patienten sind bekannt und unterschieden sich zwischen den Vergleichsgruppen eher graduell – dabei allerdings meist mit erkennbar schlechteren Werten bei den Auffälligen (Tab.A-7). Beispielsweise kamen massive Verhaltensauffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung bei dieser Gruppe ca. 10% häufiger vor. Diese Problematik setzte sich dann noch deutlicher in der schulischen Entwicklung fort: gegenüber der gematchten Gruppe hatten die Auffälligen fast doppelt so häufig Probleme in der Schule, was sich nicht zuletzt auch in einer erheblich schlechteren Schulbildung und Berufsqualifikation niederschlug. Mehr als doppelt so viele Patienten hatten überhaupt keinen Schulbesuch absolviert! Ein mittlerer bis höherer Schulabschluss fand sich bei allen Nicht-Auffälligen fünfmal häufiger (4,5% vs. 25,9%).

Dieses Ergebnis weist auf eine gewisse protektive Wirkung einer besseren Schulbildung hin. Dies wurde bereits von Lösel und Bender (1999) für Straftäter beschrieben, wobei er die protektive Wirkung ‚positiver Bildungserfahrungen‘ vor allem auf die damit verbundene Bindung an Werte und Normen zurückführt. Ob hier auch eine in der Literatur gelegentlich diskutierte ‚höhere

Intelligenz' als protektiver Faktor (Kandel et al. 1988) wirksam wurde, kann selbstverständlich aus dieser Tatsache nicht geschlussfolgert werden, da ein erfolgreicher Schulbesuch sicher nur zum Teil durch den Intelligenz-Quotienten determiniert ist. Richter et al. (1993) fanden in einer Längsschnittstudie an 122 Straftätern, dass weniger Intelligente ein geringes Bildungsniveau und eine schlechte schulische Anpassung hatten und zu häufigeren Gewaltdelikten (mit Ausnahme von Tötungsdelikten) und zu einer erhöhten Rückfalldelinquenz neigten. Untersuchungen mit einem neuen Instrument zur strukturierten Erfassung von Schutzfaktoren SAPROF (de Vogel et al. 2010), die Intelligenz als ein wichtiges ‚internales Item' betrachten (ausgenommen werden Patienten mit einem hohen Wert in der Psychopathie-Checkliste nach Hare [Hare1991]), können hier möglicherweise weitere Erkenntnisse auch für Maßregelpatienten bringen. Seifert (2007, 237) verweist auf Literaturfunde, die die protektive Wirkung höher entwickelter kognitiver Funktionen für dissoziales Verhalten beschreiben. Gleichzeitig gibt er zu bedenken, dass sich weniger intelligente Menschen möglicherweise auch weniger ‚geschickt' bei der Verübung von Straftaten verhalten und folglich schneller gefasst werden.

Beim Vergleich der kriminalanamnestischen Daten offenbarten sich sehr deutliche Unterschiede. In der Gruppe der Auffälligen waren neun von zehn Patienten (91,5%; n=115) bereits früher strafrechtlich in Erscheinung getreten, während sowohl in der gematchten als auch in der Gesamtgruppe der Nicht-Auffälligen dies nur bei gut der Hälfte der Fall war (s. Tab.17). Auch die Anzahl der rechtskräftigen Aburteilungen war entsprechend höher: Wiesen die Auffälligen im Mittel 11 Eintragungen im Strafregister auf, kam es bei der Vergleichsgruppe ‚nur' zu 6 Aburteilungen.

Vor allem der Gruppenvergleich hinsichtlich früherer Inhaftierungen unterstreicht, dass die Gruppe der Auffälligen (bei einem 3,5-mal höheren Wert als die gematchte Gruppe) offenbar nicht nur hinsichtlich der Deliktzahl, sondern auch der Deliktschwere eine wesentlich höhere kriminelle Vorbelastung aufwies. Diese Daten stehen im Einklang mit vielen Ergebnissen der Prognoseforschung, die auch Eingang gefunden haben in gebräuchliche Checklisten (z.B. HCR 20). So stellten sich auch in der Rückfallstudie von Seifert (2007) mit ei-

ner mittleren ‚time at risk‘ von 3,9 Jahren die Items ‚vorhergehende Inhaftierungen‘ sowie ‚frühes Alter bei der ersten Inhaftierung‘ als signifikante Unterscheidungskriterien zwischen Rückfälligen und Nicht-Rückfälligen heraus. Allerdings ließ sich dieser Befund in einer Nachuntersuchung bei einem über die Führungsaufsicht hinausgehenden Katamnesezeitraum (7,5 Jahren) nicht mehr replizieren. Nun fand sich kein historisch-anamnestisches Kriterium mehr, dass signifikant zwischen den gematchten Gruppen ‚Rückfällige‘ versus ‚Nicht-Rückfällige‘ differenzieren konnte. Möglicherweise verlieren diese Kriterien bei fortschreitendem Verlauf der Wiedereingliederung an prädiktiver Relevanz und die klinisch-dynamischen Faktoren sowie der poststationäre Verlauf (Qualität der forensischen Nachsorge) gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Eine dissoziale Entwicklung gilt bekanntlich als ein wesentlicher Risikofaktor. Die Co-Diagnose „dissoziale Persönlichkeitsstörung“ bei Psychosen erwies sich in vielen Studien (Übersicht bei Kröber 2008) neben comorbidem Alkohol- und Drogenabusus als stark Rückfall begünstigend (u.a. Hodgins und Müller-Isberner 2004). Auch in der Essener prospektiven Prognosestudie über entlassene Maßregelpatienten stellte eine anhand klinischer Merkmale festgestellte überdauernde dissoziale Struktur ein gewichtiges Merkmal für die Einschätzung des nachstationären Verlaufs dar (Seifert 2007).

In der vorliegenden Studie zeigten sich darüber hinaus dissoziale Verhaltensweisen und Substanzmissbrauch während der Unterbringung als signifikanter Risikomarker: Vergleicht man die Gruppen der Auffälligen mit den Nicht-Auffälligen hinsichtlich besonderer Vorfälle während der Unterbringung wie aggressive Übergriffe auf Personal oder Mitpatienten, Delinquenz, Entweichungen oder mehrfachen Substanzmissbrauch, wiesen die Auffälligen einen 3,5-mal höheren Wert als die gematchte Vergleichsgruppe auf. Die Gruppe derjenigen Patienten, die während der Unterbringung schon mit erheblichen Verhaltensentgleisungen auf sich aufmerksam machte, trat auch poststationär gehäuft strafrechtlich in Erscheinung. Offenbar handelt es sich um einen Risikomarker, der allerdings im Rahmen dieser Evaluation der Nachsorge nur sehr grob gefasst wurde und daher – auch aufgrund der relativ geringen Gruppengröße – mit Zurückhaltung interpretiert werden sollte. In der Literatur lassen sich so-

wohl Befunde, die keine bedeutsame Korrelation zwischen diesen Faktoren feststellten, als auch ähnlich lautende Befunde wie in dieser Studie finden. So wurde z.B. in einer niederländischen Untersuchung (n=132) der Faktor ‚Entweichungen während der Unterbringung‘ (incl. eigenmächtige Ausgangsverlängerungen) als ein Risikofaktor mit guter prognostischer Treffsicherheit (für Rückfälligkeit) beschrieben (Philipse et al. 2006).

Offenbar gehört das Wissen über die hohe Korrelation von Delinquenzrisiko und Substanzmissbrauch (s. Metaanalyse von Murdoch 1990) mittlerweile auch bei den entlassenen Gerichten zu den sog. ‚basics‘. Nur in Ausnahmefällen (*Kasusistik 8*) wurde dieser Zusammenhang nicht gesehen. Eine erhöhte Aufmerksamkeit für diese Problematik war nicht zuletzt daran zu erkennen, dass die Strafvollstreckungskammern bei den Auffälligen signifikant häufiger (s. Tab.A-9) Kontrolluntersuchungen anordneten, um zu überprüfen, ob sich die Patienten auch tatsächlich an das Konsumverbot psychotroper Substanzen hielten. Im Ergebnis ließ sich dadurch zwar nicht immer das Scheitern einer Wiedereingliederung verhindern. Mithilfe eines rechtzeitigen Widerrufs wurde aber immerhin sichergestellt, dass es nicht zu erneuten Straftaten kam.

Die vorliegenden Zahlen verweisen auf eine statistisch hoch signifikante (Tab.A-9) Bedeutung eines Substanzmissbrauchs für das Scheitern der Rehabilitation. 72,7 % der Patienten, die nach Entlassung einen Eintrag im BZR aufwiesen, fielen mit Substanzmissbrauch auf. In der gematchten Vergleichsgruppe der Nicht-Auffälligen imponiert hingegen der relativ geringe Anteil (22,7%) der Patienten, bei denen Substanzgebrauch festgestellt wurde. In der Gesamtgruppe der Nicht-Auffälligen (n=91) war dieser Anteil noch geringer (18,2%). In diesen Fällen wurde ein Alkohol- und Drogenmissbrauch frühzeitig erkannt und rechtzeitig gegengesteuert, so dass eine eskalierende oder auch delinquente Entwicklung verhindert werden konnte. Dabei muss sicher berücksichtigt werden, dass sich in dieser ‚erfolgreichen‘ Gruppe auch einige Patienten (12,1%) befanden, die in einer (teil-)geschlossenen Einrichtung betreut wurden und daher nur sehr eingeschränkt rückfällig werden konnten. Vor allem finden sich in dieser Gruppe überproportional viele Patienten (44%), die nach Aussage der Ambulanztherapeuten kein massives Suchtproblem (mehr) hatten.

Diese Therapeuteinschätzungen, die mit Erfahrungen und dem Behandlungsverlauf in der Nachsorge begründet wurden, wichen damit häufig von den Entlassdiagnosen ab. Auf diesem Hintergrund wird erklärbar, warum nur bei zwei der 16 Patienten (der gematchten Gruppe), die ein Alkohol- und Drogenverbot hatten, Tests durchgeführt wurden. Tatsächlich stellte sich diese Entscheidung im Nachhinein als zutreffend dar; in der Gruppe der Auffälligen war dies hingegen in drei Fällen offenbar nicht der Fall: hier wurden entgegen ausdrücklicher richterlicher Weisungen keine Tests durchgeführt.

Sicher lässt sich aus diesem Unterlassen keine unmittelbar kausale Verbindung zum Scheitern dieser Verläufe herstellen. In einigen Fällen war der Substanzmissbrauch so offensichtlich, dass Tests nicht (mehr) erforderlich waren. Das konsequente Durchführen von Screenings allein kann Rückfälle nicht immer verhindern, wenn nicht frühzeitig die erforderlichen Maßnahmen ergriffen werden (*Kasuistik 2*). Hier sind auch die Ambulanzen gefragt, im Rahmen einer schnellen und direkten (zunächst auch mündlichen) Kommunikation zum Gericht zunächst einmal deutlich auf die Tatsache eines Suchtmittelrückfalls hinzuweisen. Darüber hinaus sollte im Einzelfall auch offensiv auf die damit einhergehende Gefährdung aufmerksam gemacht werden. Eine bloße „Pflichtübung des Mitteilens“ ist zwar formal nicht zu beanstanden und auch subjektiv verständlich, da man es mit dem Patienten nicht „völlig verderben“ o.ä. möchte. Oft entstehen aber unbefriedigende Situationen, in denen alle Beteiligten sich entweder in der Kunst des Abwartens üben und/oder sich darauf verlassen, dass das Gericht den schriftlichen, oft auch eher zurückhaltend formulierten Berichten schon Taten folgen lassen wird. Dies ließe sich als eine „mangelnde Kommunikation der am Nachsorgeprozess Beteiligten“ bezeichnen, welches bereits in einer qualitativen Analyse von gescheiterten Wiedereingliederungen nach Behandlung im Maßregelvollzug als ein ‚typischer‘ Fehler erwähnt wurde (Seifert et al. 2003). Der Ambulanz ist vor allem dann eine nachdrückliche Haltung anzuraten, wenn die betreuenden Personen untereinander keinen Konsens finden oder Einzelne, insbesondere der Bewährungshelfer/in, wenig entschieden sind bzw. den Risikoaspekt nicht ausreichend zu erkennen scheinen (zum Thema Fallverantwortung s.u.; auch *Kasuistik 12*).

Sicherlich kann der Faktor ‚Substanzmissbrauch‘ nicht isoliert betrachtet werden; vielmehr scheint dieser „ein Indikator für ein ganzes Problembündel zu sein, nämlich für dissoziale Tendenzen, bereits prämorbid mangelnder Anpassung sowie mangelnde Therapeuten- und Medikamenten-Compliance“ (Kröber 2008, 133). Anhand vieler Fallbeispiele ließ sich auch in der vorliegenden Studie zeigen, dass Alkohol- und Drogenabusus nicht im Sinne einer schlichten Kausalbeziehung zum Scheitern führte, sondern eher Symptom und Schrittmacher einer insgesamt krisenhaften Entwicklung war. In dieser Schrittmachfunktion hat allerdings Substanzmissbrauch (fast) immer einen deutlichen Hinweischarakter für ein erhöhtes Rückfallrisiko. Die erodierende Wirkung von Suchtmittelgebrauch auf die gesamte Compliance der Patienten ist dem Praktiker in der Nachsorge hinlänglich bekannt: Die Einhaltung von Vereinbarungen, insbesondere die Teilnahme an tagesstrukturierenden Maßnahmen wird zusehends brüchiger bei zunehmender Indifferenz gegenüber therapeutischen Appellen oder restriktiven Interventionen (*Kasuistik 12*). Nicht zuletzt kann Substanzmissbrauch bekanntlich - bei meist erhöhter Selbstgewissheit und Angstminderung - zu einer Enthemmung destruktiver Impulse führen.

In der vorliegenden Studie ist daher auch ‚Substanzmissbrauch‘ eng assoziiert mit den Items ‚psychisches Befinden‘ und ‚stationäre Kriseninterventionen‘. Bei diesen beiden Aspekten zeigten sich signifikante, zum Teil auch hoch signifikante Unterschiede (s. Tab.A-9) zwischen den Auffälligen und den Nicht-Auffälligen. Bei den Auffälligen kam es zu vielfachen Hospitalisierungen (ebd.), wobei ‚wiederholter Substanzmissbrauch‘ als häufigster Anlass angegeben wurde. Bemerkenswert ist, dass in der Gruppe der Nicht-Auffälligen die Zahl der Patienten mit Substanzstörungen (als Zusatzdiagnose) ähnlich hoch (n=12) war; dagegen wurden Persönlichkeitsstörungen als weitere Diagnose wesentlich weniger häufig (n=4) gestellt. Auch bei der Frage nach dem Substanzmissbrauch zum Tatzeitpunkt lagen die Werte der Vergleichsgruppen nicht sehr stark auseinander (s. Tab.A-7). Die Suchtproblematik allein war mithin nicht ausschlaggebend für die Notwendigkeit stationärer Behandlung; erst bei einer hinzutretenden Persönlichkeitsstörung schien häufig ein Missbrauch im ambulanten Setting nicht ausreichend behandelbar und machten stationäre Unterbringungen unvermeidlich. Diese Schlussfolgerung wird ge-

stützt durch einen Blick auf die Anlässe und Rechtsgrundlagen der Aufnahmen der Auffälligen: bei dieser Gruppe kam es vergleichsweise häufiger zu Zwangsunterbringungen, die meist mit dissozialen Verhaltensmustern assoziiert waren wie zunehmende Non-Compliance, massiv störendem Verhalten, wiederholten Regelüberschreitungen oder Entweichungen.

Hinsichtlich der rechtlichen Grundlagen der stationären Behandlungen finden sich bei Nicht-Auffälligen ausnahmslos freiwillige Aufnahmen - bei den 18 Aufnahmen der Auffälligen war dies nur bei der Hälfte der Fall. Lässt man die zum Widerruf führenden Sicherungsunterbringungsbefehle gem. § 453c StPO außer Betracht, erfolgten die Zwangsunterbringungen überwiegend nach Psych-KG. Die Kategorie ‚Freiwilligkeit bei stationärer Aufnahme‘ kann daher als ein positives poststationäres Prognosekriterium gewertet werden.

Die Gruppe der Nicht-Auffälligen wies dabei insgesamt eine höhere Anzahl von Einweisungen (auch mit längerer Behandlungsdauer) pro Patient auf. Häufige Rehospitalisierungen waren bei chronischen, immer wieder auch produktiv verlaufenden psychotischen Krankheitsbildern unvermeidlich und wirkten dabei rückfallpräventiv. Für diese Gruppe war die Betreuung in klinikeigenen bzw. -nahen Heimen im Übrigen offenbar die einzige Möglichkeit einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug. Bekanntlich nehmen Heime der Gemeindepsychiatrie solche Patienten zumeist erst gar nicht auf oder sind alsbald überfordert.

Dies gilt auch für eine problematische Untergruppe von intelligenzgeminderten Patienten, die auch in der Nachsorge mit fortgesetzten Rechtsbrüchen auffällig blieb. Bei vier Patienten waren Delikte, meist weniger schwerwiegender Art, offenbar nicht zu verhindern, sondern konnten allenfalls durch Betreuung und Kontrolle in ihrer Häufigkeit eingegrenzt werden. So mussten bei zwei der Auffälligen reguläre Entlassversuche (auf Bewährung, § 67d Abs.2 StGB) schon während der Langzeitbeurlaubung wegen andauernder dissozialer Handlungen abgebrochen werden. Die Entlassungen aus der Unterbringung erfolgten schließlich als ‚Erledigungen‘ (wegen Unverhältnismäßigkeit, § 67d Abs.6 StGB). In den anderen beiden Fällen wurde trotz fortgesetzter Diebstähle oder Alkoholrückfällen während der Beurlaubung die Aussetzung zur Bewährung beschlossen. In drei Fällen kam es in der Führungsaufsicht zu wiederholten Ei-

gentumsdelikten, die entweder gar nicht zur Anzeige gebracht wurden, wegen Schuldunfähigkeit eingestellt oder lediglich mit Geldstrafen justiziell geahndet wurden.

Dass diese Patienten trotz wiederholter Delinquenz weiter ‚draußen‘ verbleiben konnten, ist wohl nur dank der engmaschigen Betreuung durch eine (zum Teil geschlossen geführten) heilpädagogische Einrichtung oder durch ein der Klinik angeschlossenes Heim (sog. ‚Wohnverbund‘ des LWL bzw. ‚Abteilung für soziale Rehabilitation‘ des LVR) möglich gewesen. Eine Einrichtung der Gemeindepsychiatrie nimmt solche, auch auf längere Sicht auffälligen und dissozial gefährdeten Patienten nur in Ausnahmefällen auf - und ist damit auch meist überfordert.

Erwartungsgemäß war eine gute Medikamenten-Compliance bei den Nicht-Auffälligen deutlich höher ausgeprägt als bei den Auffälligen (70,6% vs. 28,6%). Der Unterschied erreichte statistisches Signifikanzniveau (s. Tab.A-9). Der Anteil der Patienten, die die Medikamente ohne Einsicht einnahmen, war dreimal höher als in der gematchten Gruppe; Ähnliches galt für die Patienten, die Medikamente unzuverlässig oder nur unter Aufsicht einnahmen (s. Tab.21; auch *Kasuistik 8*). Es bestätigt sich somit die auch aus der Praxis weithin bekannte Erfahrung, dass eine gute, d.h. von Krankheitseinsicht getragene Medikamenten-Compliance ein wesentlicher poststationärer Schutzfaktor, eine nur äußerlich ‚erzwungene‘ oder sehr schwankende Compliance dagegen eher ein Risikofaktor darstellt.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und enge Vernetzung der ‚Bausteine‘ der Nachbetreuung gehören bereits seit längerer Zeit zu den „Mindeststandards“ (Seifert et al. 2003, 240) einer professionellen forensischen Nachsorge. Bedenklich erscheint auf diesem Hintergrund, dass bei den Auffälligen zu immerhin 43,5% überhaupt keine regelmäßigen Helferkonferenzen aller an der Betreuung Beteiligten stattfanden. Erstaunlich ist zudem ein weiterer Befund: Wenn bei den Auffälligen Helferkonferenzen durchgeführt wurden, fanden diese signifikant häufiger (s. Tab.A-9) statt als in der gematchten Gruppe der Nicht-Auffälligen. Während sich die Helfer bei der Gruppe aller Nicht-Auffälligen bis auf eine Ausnahme nicht häufiger als vierteljährlich trafen, war dies bei fast

der Hälfte der Auffälligen der Fall. Dieser Befund spiegelte den insgesamt krisenhaften Verlauf der auffälligen Gruppe, der offenbar sehr häufige, d.h. 14-tägige oder monatliche Helferkonferenzen erforderte. Diese Frequenz ist eigentlich ein Wert, wie er eher aus Langzeitbeurlaubungen bekannt ist, also aus einer Phase der Überleitung, die sich insgesamt noch tendenziell ‚turbulenter‘ gestaltet und in der die Ambulanzen die Rehabilitation noch wesentlich enger begleiten (müssen). Dieses Ergebnis lässt den Schluss zu, dass die Wahrscheinlichkeit eines Scheiterns der Rehabilitation in dem Maße zunimmt, wie der zeitliche Arbeitsaufwand für Helferkonferenzen auch nach einer längeren Übergangszeit nicht weniger wird. Untersucht man die Fälle mit häufigen Helferkonferenzen näher, stößt man (wiederum) ausschließlich auf Patienten (n=6) mit der Zweitdiagnose einer Substanzstörung, die bereits kurz nach der Entlassung in ihr Suchtverhalten zurückfielen und daher eine Massierung der Helferkontakte nötig machten.

Häufige Helferkonferenzen sind indes nicht automatisch Beleg für eine professionelle forensische Nachsorge, sondern können im Einzelfall auch Hinweis auf eine unklare Fallführung sein.

Am *Fallbeispiel 12* lassen sich exemplarisch einige Fallstricke in der Zusammenarbeit aufzeigen. Zunächst stellt sich die Frage, welche Rolle und Einflussmöglichkeit die Ambulanz im Zusammenwirken der Nachsorger hatte, wenn trotz „extremer Warnung“ durch die Ambulanz eine Verlegung des Wohnheimträgers mit Unterstützung der Bewährungshelferin in eine deutlich weniger eng strukturierte betreute Wohnung stattfand. Unabhängig von der ‚Richtigkeit‘ der jeweiligen Einschätzung fehlt es hier an einer verbindlichen Entscheidung über den gemeinsamen Kurs, der von allen getragen werden konnte. Offenbar übernahm hier keiner die Rolle des Fallmanagers. Entschiedenheit ist aber in vielen ‚brenzlichen‘ Fällen unabdingbar. Gerade bei einer erkennbar regressiven Entwicklung des Patienten bedarf es keiner halbherzigen Absprachen oder eines ‚Schwarze-Peter-Spiels‘, sondern benötigt wird ein für den Patienten haltgebender Rahmen mit verbindlichen Vorgaben (Schmidt-Quernheim 2010).

Offenbar hatte der Patient im vorliegenden Fall heftige Gegenübertragungen bei allen Beteiligten ausgelöst, die sich im Verlauf zu ‚zentrifugalen Kräften‘

entwickelten. In einer Rückschau auf den Wiedereingliederungsverlauf wurde vom Ambulanzmitarbeiter zunächst Klage geführt über den Patienten und dessen massive Forderungen etc., er würde aber auch „mit dieser Einrichtung nie mehr zusammenarbeiten“. Schließlich wurde die fehlende Professionalität der Bewährungshelferin kritisiert, die das Fehlverhalten des Patienten bagatellisiert habe. Grund für diesen langen „Eiertanz“ (Zitat Ambulanzmitarbeiter) mit dem Patienten sei aber nicht zuletzt die fehlende Konsequenz der Strafvollstreckungskammer gewesen; die sei extrem wechselhaft in ihren Reaktionen - manchmal überstreng, dann wieder nachlässig. Aus seiner Sicht beschränke sich die Aufgabe einer Ambulanz auf die Informationsweitergabe an das Gericht, z.B. über das Nichteinhalten von Weisungen. Danach müsse man die Entscheidung des Gerichts abwarten.

Hier wird eine Grundsatzfrage, nämlich das Selbstverständnis der Ambulanzen, angesprochen. Im Gegensatz zur oben genannten Auffassung ließe sich der Ambulanz auch eine wesentlich aktivere Rolle zuschreiben: aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz trägt sie die Verantwortung für eine direkte und offensive Kommunikation mit der Strafvollstreckungskammer (StVK). In dieser Kommunikation kommt es erfahrungsgemäß sehr auf die Form der Ansprache des Gerichts an, vor allem auf die Entschiedenheit, mit der man auf bestimmte Gefährdungen hinweist bzw. auch bestimmte Maßnahmen selbst beantragt. Je klarer und konkreter die Ambulanz ihre Risikoeinschätzungen vorträgt und Maßnahmen (Weisungsänderungen, Anhörungen, Kriseninterventionen u.ä.) vorschlägt, desto eher wird das Gericht reagieren (müssen). Und anders herum: Je unentschiedener die Ambulanz selbst in ihrer Haltung ist, desto höher ist die Neigung, den „schwarzen Peter“ weiter zu reichen. Unklare Verantwortlichkeiten stellen folgerichtig ein gewichtiges Problem in der Nachsorge dar (Pörksen und Scholz 2003).

Unstrittig ist dabei, dass die justiziellen Organe, also Gericht (§ 453b StPO) und Führungsaufsicht (§ 68a StGB) de jure die Verantwortung in der Nachsorge haben. Gemäß § 68a Abs. 7 StGB ist die forensische Ambulanz der Bewährungshilfe gleichgestellt und muss die „überwachende“ Aufsichtsstelle (lediglich) „unterstützen“ (Abs.3). Damit liegt auch die organisatorische Federführung bei der Aufsichtsstelle, die durch geeignete Maßnahmen die Dokumentati-

on, Kommunikation und erforderlichen Reaktionen gewährleisten muss. In der vorliegenden Studie lag aber die Fallkoordination de facto überwiegend bei den forensischen Ambulanzen – bei den 66 Fällen (59,9%), bei denen eine Koordination erkennbar wurde, übernahmen bei zwei Dritteln (n=43) die forensischen Ambulanzen die Koordination; mit weitem Abstand folgten die komplementären Einrichtungen mit 16 Fällen. Bewährungshelfer übernahmen die Fallführung nur in 5 Fällen, Betreuer und Richter jeweils einmal.

Bedenklich erscheint auch, dass bei über 40 % aller Fälle keine explizite Koordination in der Nachsorge stattfand. Hier unterschieden sich die Untergruppen kaum. Auch wenn diesem Defizit unter statistischen Aspekten insofern keine wesentlich rückfallfördernde Wertigkeit zukam, bleibt doch zu bedenken, dass im Einzelfall durch eine fehlende Fallführung mit klarer Aufgabenverteilung und abgesprochenen Informationswegen im Krisenfall erhebliche Deliktgefährdungen nicht rechtzeitig wahrgenommen bzw. ‚gemanagt‘ werden könnten.

Zwar hat die forensische Ambulanz eine subsidiäre Funktion hinsichtlich der juristischen Verantwortung in der Nachsorge (s.o.). Gleichzeitig besteht jedoch seitens des Landesbeauftragten des Maßregelvollzuges eine klare Verpflichtung zur „Sicherstellung“ der fachlichen Steuerung der Nachsorge: „Die Fachambulanz stellt die Koordinierung der Nachsorgemaßnahmen sicher. Soweit dies nicht durch andere Institutionen gewährleistet werden kann, übernimmt sie selbst die Koordinierungsaufgaben“ (Verfügung LB MRV 2002, 2). Diese Maßgabe aus dem Jahr 2003 entstand auf dem Hintergrund einer bis dato nur mäßigen Qualifizierung der Führungsaufsicht und deren bekannten Fallüberlastung. Durch die Reformgesetzgebung zur Führungsaufsicht 2007 wurden aber die Zuständigkeiten der Führungsaufsicht deutlich erweitert (Koller 2010). Dieser Entwicklung wurde auch in einer neuen AV der Justizverwaltung Rechnung getragen: Im Rahmen der ‚Ambulanten Dienste der Justiz‘ wurde ein eigener ‚Fachbereich Führungsaufsicht‘ aufgebaut - mit allerdings regional sehr unterschiedlichen organisatorischen Auswirkungen. Dieser formal-juristischen ‚Renaissance‘ der Führungsaufsicht entspricht aber in der Praxis (bzw. bei den handelnden Personen) noch nicht überall ein entsprechender Kompetenzzuwachs bzw. eine aktive Übernahme(-bereitschaft) dieser ‚neuen Rolle‘. In vielen Fällen übernehmen daher auch weiterhin die Ambulanzen das Case- und

Krisenmanagement. Dies hat jedoch einerseits zur Folge, dass der missliche Zustand mancher Führungsaufsichtsstellen (auch hinsichtlich weiter sehr hoher Fallzahlen und schlechter gewordener Personalausstattung) verdeckt bzw. zementiert bleibt. Andererseits kann es im Einzelfall auch zu den bekannten diffusen Verantwortungslagen kommen, wo ‚sich einer auf den anderen verlässt‘ – möglicherweise mit fatalen Folgen.

Forschungsergebnisse (u. a. Hiltermann 2000) zeigen, dass stabile und prosoziale Beziehungen bei forensischen Patienten eine schützende Wirkung vor gewalttätigem Verhalten bieten. Diese Befunde fanden sich auch in der vorliegenden Studie: Bei den Auffälligen bestanden deutlich mehr ungünstig bewertete soziale Kontakte als bei den Nicht-Auffälligen (17,6% vs. 0). Bei der Frage nach freundschaftlichen oder stabilisierenden Kontakten war die Differenz zwischen den Gruppen noch größer (5,9% vs. 27,3%). Nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug haben von 115 Patienten 31 Patienten (26,9%) überhaupt keinen Kontakt zu Angehörigen, wobei die Hälfte davon auch keine Angehörigen mehr besaß. Auch von den anderen drei Vierteln war der Kontakt zu ihren Angehörigen bei knapp der Hälfte lediglich sporadisch. Bei der Bewertung der Kontakte wurden Beziehungen bei den Nicht-Auffälligen als günstiger (zumindest als unproblematischer) für den Patienten eingeschätzt als bei den Auffälligen.

Swanson et al. (1998) fanden heraus, dass sich bei Patienten mit begrenzten sozialen und Coping-Fähigkeiten zu viele Sozialkontakte aber auch destabilisierend auswirken können. Es wird aber wohl mehr auf die Qualität als die Quantität sozialer Kontakte ankommen. Dass konfliktbeladene Beziehungen oder solche zu Menschen, die einen delinquenten Lebensstil pflegen, die Wiedereingliederung erschweren können, versteht sich von selbst (Monahan et al. 2001). Offenbar nimmt dann mit der ‚emotionalen Nähe‘ auch das Konfliktpotential und gleichzeitig die Gefahr zu, in die kriminelle Szene (erneut) hineinzurutschen. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass die Auffälligen deutlich häufiger feste Partnerschaften hatten als die Unauffälligen. Rechnet man die (eher seltenen) wechselnden Partnerschaften noch hinzu, ergibt sich eine

Differenz von über 20%. Im Vergleich der Auffälligen mit der Gesamtgruppe der Nicht-Auffälligen bestand ein signifikanter Unterschied (s. Tab.A-9).

Zur Frage, ob Intimbeziehungen eine Schutzwirkung auf Rückfälligkeit haben, liegen unterschiedliche Studienergebnisse vor. Nach einer Literaturübersicht von Odone-Paolucci et al. (2002) überwiegen die Befunde, dass bei Straftätern eine starke Bindung an einen Partner mit einem niedrigen Rückfallrisiko korreliert. Dabei wird auf die naheliegende Tatsache verwiesen, dass Stabilität und Qualität der Beziehung ausschlaggebend sind. Dieser Befund erscheint eher trivial und grenzt an einen tautologischen Zirkelschluss: Stabile Beziehungen wirken stabilisierend, nicht stabile eher nicht. Solcherart nicht falsifizierbarer Aussagen haben wenig Informationsgehalt; zumindest müssten die Begriffe weiter differenziert und operationalisiert werden. Für forensische bzw. psychiatrische Patienten generell liegen nur wenige Studien vor. De Vogel et al. (2010, 69) schließen nicht aus, dass für diese Gruppe „eine Intimbeziehung vielmehr einen Risikofaktor als einen protektiven Einfluss darstellt, aufgrund der Erwartungen und Anforderungen, die eine solche Beziehung stellt.“ Die vorliegenden Ergebnisse stärken diese Vermutung, die sich auch auf viele klinische Erfahrungen stützen kann. Oft scheitern Partnerschaften schon bald nach der Entlassung. Neben Rettungsphantasien der Partnerinnen sind es häufig auch komplementäre Erlösungshoffnungen der Patienten, die diese mit einer Partnerschaft verbinden - bei mangelnden Fähigkeiten, diese dann im Alltag umzusetzen. Unrealistische Wünsche an die Zeit nach der Unterbringung haben oft gerade die „große Liebe“ zum Inhalt. Schnell stellen sich Frustrationen ein, wenn die „Traumfrau“ passive Versorgungswünsche nicht erfüllen kann - zumal, wenn sie häufig selber psychisch erkrankt ist und ihrerseits die „Lösung“ ihrer Probleme in einer Partnerschaft sucht. Gerade dissozial-narzisstische Patienten mit ihrer oftmals demonstrativen Maskulinität und einer »verführerischen Mischung aus Grandiosität, Delinquenz und Opferhaftigkeit« (Lohmer und Wernz 2000) sind für das eigene Selbstwertgefühl schmeichelnd und führen zu (gegenseitigen) Idealisierungen. Diese werden dann häufig sehr schnell brüchig und führen zu massiven Konflikten insbesondere dann, wenn die Beziehung durch die Erziehung eines oder mehrerer Kinder zusätzlich gefordert wird (*Kasuistik 1*).

Die Bedeutung der Partnerwahl wurde bislang unzureichend untersucht. Müller-Isberner und Venzlaff (2009) verweisen auf Ergebnisse, dass sowohl Dissoziale als auch Schizophrene die Tendenz haben, Partner mit ähnlichen Störungen zu suchen. Frauen mit einer schizophrenen Störung gehen unverhältnismäßig häufig Beziehungen mit dissozialen Männern ein (ebd., 176). Auf Seiten forensischer Patienten werden Beziehungen zu Frauen auch oft gezielt gesucht, weil sie sich davon eine schnellere Entlassung aus dem Maßregelvollzug versprechen. Dass sich dadurch die Legalprognose nicht unbedingt verbessert, hat sich zwar auch bei forensischen Gutachtern und Therapeuten herumgesprochen. Andererseits entsteht durch die Tatsache eines ‚festen Verhältnisses‘ letztlich doch ein höherer Entlassungsdruck (nicht nur, aber vor allem) auf die Justizorgane, denen gegenüber die Patienten dann das Argument eines günstigen ‚sozialen Empfangsraums‘ ins Feld führen können. Bei diesem eher instrumentellen Verhältnis zu Partnerschaften handelt es sich oft eher um Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, wie beim Pat. S. (*Kasuistik 13*) deutlich wurde.

Die vorliegenden Ergebnisse relativieren Ergebnisse aus anderen Studien, die pauschal die rückfallverhindernde Wirkung von Partnerschaften behaupten. In einer katamnestischen Untersuchung von Adler et al. (1997) wird von der „Wichtigkeit“ gesprochen, einen „bedeutsamen Anderen für sich zu gewinnen, der ihnen gegenüber unbeachtet ihrer Eigenarten liebend, unterstützend oder anteilnehmend oder alles zusammen eingestellt war“ (ebd., 29). Auch wenn diese Aussage in dieser Allgemeinheit sicher nicht falsch sind - allerdings auch durch die Daten nicht belegt wurde – müsste doch eine Differenzierung bzw. begriffliche Klärung des „bedeutsamen Anderen“ stattfinden. Auch der an anderer Stelle verwendete Terminus der „sozialen Einbindung“ bleibt unspezifisch. Möglicherweise lassen sich hier Untergruppen von Patienten mit unterschiedlichem Bindungstypus finden, die dann auch in typischen Beziehungs(verlauf-)formen ihren Ausdruck finden. Das von Adler et al. pauschal für wichtig erachtete „liebend-kontrollierende Engagement“ eines „bedeutsamen Anderen“ ließe sich dann - möglicherweise gruppen- oder diagnoseabhängig – differenzierter erfassen.

Nur wenige Patienten verfügten über ein eigenes (Arbeits-)Einkommen; bei den Auffälligen war das noch seltener (9%; n=2) der Fall als bei der gematchten Gruppe (22,7%; n=5), mehr als drei Viertel aller Patienten lebten ausschließlich von Sozialtransfers. Auch wenn viele Patienten in Einrichtungen versorgt wurden, war Geld als Quelle von Bedürfnisbefriedigung (Konsum und Selbstbestätigung) damit für die Patienten eine sehr knappe Ressource. Bei nicht wenigen verschlechterte sich die finanzielle Situation mit Entlassung aus dem Maßregelvollzug. Dies galt nicht nur (aber besonders) für die Patienten, die während der Unterbringung von einer vergleichsweise üppigen Rente leben konnten, sondern auch für die Patienten, die es durch einen regen Tauschhandel mit Mitpatienten zu einigen ‚Statussymbolen‘ haben bringen können und sich so ihr Selbstwertgefühl ‚auspolstern‘ konnten.

Deutliche Unterschiede zwischen den Auffälligen und den Nicht-Auffälligen zeigten sich hinsichtlich der Frage, wie sich das Finanzmanagement in der Zeit nach der Entlassung gestaltete. Im Vergleich zur Gesamtgruppe aller Nicht-Auffälligen zeigten die Auffälligen signifikant häufiger Probleme (42,1% vs. 18,2%), die sich in massiver Unzufriedenheit und vor allem in Verschuldung manifestierte. In der gematchten Gruppe fanden sich fast doppelt so viele Patienten, die überhaupt keine Probleme mit Geld hatten. Ein signifikanter Unterschied im Umgang mit Geld verweist auf die kriminogene Bedeutung dieses Aspektes. Auch in einer Metaanalyse von Gendreau et al. (2000) stellte sich in vielen Untersuchungen heraus, dass Items, die in Verbindung mit Finanzen standen, klar zwischen Rückfälligen und Nicht-Rückfälligen unterschieden. Dabei gibt es sicher auch hier keine einfache Kausalität – etwa in dem Sinn, dass erlebter Geldmangel zu Eigentums- oder Vermögensdelikten führte. Betrachtet man die Fälle in der Evaluation genauer, so bestand bei sechs Patienten (von den acht Auffälligen mit Geldproblemen) die Doppeldiagnose ‚Psychose und Sucht‘. Eine niedrige Frustrationstoleranz bei großer Anspruchshaltung ist bei dieser besonders belasteten Patientengruppe bekannt. Drei dieser Patienten verloren im Nachsorgeverlauf ihren (geschützten) Arbeitsplatz. Diese Fälle sind typisch für eine negative Aufschaukelung, die aus vielen Verläufen in der Nachsorge bekannt sind: Die geschützte Arbeit wird (den Patienten) aufgekündigt, oft aus Unzufriedenheit mit der geringen Entlohnung. Neben der nunmehr feh-

lenden Tagesstruktur kommt es nicht zuletzt zu finanziellen Einbußen, die dann die Unzufriedenheit weiter verstärken. Die auf diesem Hintergrund entstehenden affektiven Schwankungen führen nicht selten zu (wiederholtem) Substanzmissbrauch, der dann wiederum als Verstärker für eine zunehmende Non-Compliance auch in anderen Lebenskontexten fungiert. Je mehr dieser Prozess fortschreitet, desto stärker werden die Fähigkeiten der Patienten zur Selbstregulation strapaziert und zusehends nachlassen, so dass schließlich auch dosiert eingrenzende Maßnahmen die Patienten nicht mehr ‚erreichen‘. Wie in der *Kasuistik 12* beschrieben, kommt es häufig eher noch zu einem ‚Mehr‘ an agierendem und (prä-)delinquentem Verhalten, was dann ein massives Eingreifen in Form einer Rehospitalisierung erzwingt.

Oft führt auch Mangel an (bzw. mangelhafter Umgang mit) Geld zu einem Ausschluss von Freizeitaktivitäten und folglich zu weniger Kommunikation mit Mitmenschen/-bewohnern, was einen unerwünschten Rückzug verstärkt. Vor allem eine eigenmotivierte, für sinnvoll erachtete Freizeitgestaltung schien einen protektiven Wert zu haben: Bei der gematchten Gruppe wurde dieser Sachverhalt mehr als doppelt so häufig angegeben wie bei den Auffälligen (52,2% vs. 22,7%). Bei den Auffälligen fanden sich häufiger entweder sehr wenige oder eher exzessive (und oft auch risikoreiche) Betätigungen in der Freizeit. Allgemein wird dem Umgang mit der ‚freien Zeit‘ eine große Bedeutung für die Legalbewährung zugesprochen. Nach Lösel und Bender (1999) haben positive „Erfahrungen der Selbstverwirklichung in nicht-delinquenten Aktivitäten“ (zit. nach Nedopil 2001, 367) einen hohen Schutzfaktor. In der sog. ‚Dittmann-Liste‘ (1999) werden insbesondere unstrukturierte Freizeitaktivitäten als prognostisch ungünstig gewichtet. Zu vergleichbaren Erkenntnissen gelangten Müller-Isberner und Eucker (2009) sowie Seifert (2007). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstützen diese Annahme. Gruppiert man die Frage nach der Freizeitgestaltung in ‚sinnvoll‘ vs. ‚problematisch‘, ergaben sich zwischen den Auffälligen und beiden Gruppen der Nicht-Auffälligen signifikante Unterschiede (s. Tab.A-9). Demnach kommt dem Erlernen angemessener Freizeitaktivitäten – mit intrinsischer Motivation – eine wichtige Rolle für die Gestaltung der Wiedereingliederungsphase zu.

Drei Viertel aller Patienten wurden zum Entlassungszeitpunkt in Einrichtungen bzw. Wohnungen gemeindepsychiatrischer Träger betreut (s. Tab.25); ein Viertel wird nach der Entlassung direkt ‚nach Hause‘ entlassen, ohne dass eine zusätzliche professionelle Betreuung in diesem Bereich installiert wurde.

Im Verlauf der Nachsorge zeigte sich eine Entwicklung vom stationären zum ambulanten Typus der Betreuung. In der gesamten Stichprobe wurden über die Hälfte der Patienten in ein Wohnheim entlassen, nur knapp jeder sechste Patient kam direkt in das Betreute Wohnen. Nach durchschnittlich 4,4 Jahren hatte sich dieses Verhältnis von 3:1 auf ein Verhältnis von 1,5:1 verringert und damit halbiert.

Der in der Prognosestudie (Seifert 2007) beschriebene Unterschied, dass die Rückfälligen in deutlich weniger betreuten Wohnformen lebten, ließ sich hier nicht replizieren. Wohnten zum Erhebungszeitpunkt nun ca. 70% aller Patienten im Rahmen einer professionellen Betreuung, war dies zum Zeitpunkt der Entlassung (nur) 5% häufiger der Fall. Zwar gab es im Verlauf eine Verlagerung von der stationären Betreuung zu einer ambulanten Betreuungsform. Es ergaben sich aber im statistischen Vergleich der Gruppen keine Hinweise darauf, dass diese Verschiebung einen erkennbaren Einfluss auf die Legalbewährung der Patienten zur Folge gehabt hätte. Betrachtet man zudem die individuellen Verläufe, d.h. die Bewegungen der Patienten zwischen den verschiedenen Wohnformen, lässt sich bei den Auffälligen nicht von einer häufigeren Verlegungspraxis in offenere Wohnformen sprechen. Allerdings könnten die häufigeren (Rück-) Verlegungen in gleich oder sogar noch enger betreute Wohnformen ein Hinweis darauf sein, dass bereits bei der Entlassung der Auffälligen eine suboptimale, vor allem zu wenig strukturierte Wohnform gewählt wurde.

Zu den ‚Essentials‘ forensischer Nachsorge gehört sicher, starke Brüche in den verschiedenen Betreuungskontexten möglichst zu vermeiden. Zudem sollten Veränderungen der verschiedenen Bausteine in der Nachsorge nicht gleichzeitig, sondern nacheinander und bei genauer Beobachtung von Warnsignalen erfolgen. Der Zeitpunkt eines Wechsels sollte dabei vorzugsweise nicht mit einem Wechsel der juristischen Rahmenbedingungen (Entlassung gemäß nach § 67d) zeitlich zusammenfallen.

In Fall des Pat. T. (*Kasuistik 15*) zeigte sich, wie wichtig neben einem guten ‚Timing‘ auch die Kontinuität in der Betreuung war. Im Übergang vom Wohnheim in das Betreute Wohnen wurden die Risiken von den Mitarbeitern des BeWo nicht ausreichend wahrgenommen und konnten (daher auch) nicht kommuniziert werden. Dass ausgerechnet zum Zeitpunkt der Entlassung eine intensive und hoch strukturierte Maßnahme endete und der Patient in fast gänzlich neues Neuland mit einem neuen Betreuer entlassen wurde, nährte nicht nur beim Patienten die vielfach beschriebenen Illusionen einer ‚totalen Freiheit‘, sondern stellte auch den Nutzwert einer Langzeitbeurlaubung ‚auf den Kopf‘: Das Nachsorge-Setting, das während der Beurlaubung hätte erprobt werden sollen, wurde somit erst im Verlauf der Nachsorge durch ‚Versuch und Irrtum‘ aufgebaut. Insbesondere konnte die Zusammenarbeit von BeWo und Tagestruktur erst über Krisen und Rückfälle entwickelt werden – immerhin dann mit gutem Erfolg: Der Patient befindet sich bis heute in einer relativ stabilen Verfassung; die Führungsaufsicht wurde für erledigt erklärt.

Eine sinn- und haltgebende Tagestruktur gilt als eine der entscheidenden Protektivfaktoren. Dies ließ sich auch an der Untersuchungsstichprobe replizieren. Zum Entlassungszeitpunkt gingen 86,8% (n=99) der Patienten einer Arbeit oder Beschäftigung nach. Auffällig war der Kontrast zwischen der Situation vor und nach der Unterbringung: hatten vorher 70,7% der Patienten keine Arbeit, waren es nach der Entlassung nur 13,2% (n=15). Dieser Anteil verdoppelte sich allerdings nach ca. 4 ½ Jahren auf 30 Patienten (26,5%). Betrachtet man die individuellen Bewegungsmuster der Patienten, zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. In der Gruppe der Auffälligen kam es zu häufigeren Veränderungen (n=9), wobei sich bei 6 Patienten eine ‚Abwärtsbewegung‘ (‚weniger‘ oder ‚keine Arbeit mehr‘) entwickelte. Bei der gematchten Gruppe der Nicht-Auffälligen waren die Arbeitsverhältnisse der Patienten von höherer Konstanz geprägt: Veränderungen waren sowohl quantitativ weniger häufig als auch in ihrem qualitativen Verlauf günstiger. In der Gruppe der Auffälligen war schließlich jeder Dritte ohne Arbeit, in der gematchten Gruppe ist das nur bei (fast) jedem sechsten Patienten der Fall.

Die ‚Arbeitsvariable‘ diskriminierte somit zwischen den Auffälligen und Nicht-Auffälligen. Häufige Veränderungen in dem Bereich, vor allem fehlende Arbeit oder eine Arbeit mit eher niedrigem Anforderungsprofil fanden sich gehäuft in der Gruppe, bei denen sich im Verlauf der Nachsorge strafrechtlich relevante Auffälligkeiten ergaben.

Hintergründe für den Verlust der (fast ausschließlich betreuten) Arbeitsplätze bei den Auffälligen (n=5) lassen sich mit Blick auf die *Kasuistiken* (4, 11, 14) erkennen. Es handelte sich vorrangig um krisenhafte Entwicklungen mit zunehmender Non-Compliance, Konflikten im Wohnheim und immer häufigerem Drogenabusus. Bei 4 Patienten handelte es sich diagnostisch um Patienten mit der Doppeldiagnose einer Schizophrenie und einer Drogenabhängigkeit, bei einem um eine Persönlichkeitsstörung mit einem Substanzmissbrauch. Legt man der Berechnung alle acht Patienten zugrunde, die zuletzt ohne Arbeit waren, so fand sich bei sieben Patienten die Zweitdiagnose eines Substanzmissbrauchs. Der Verlust einer Tagesstruktur bzw. einer (zuvor) als sinnvoll erlebten Beschäftigung ist meist Teil der oben beschriebenen negativen Aufschaukelung (s.o) – wobei nicht wirklich zu klären ist, ob diesem Faktor eine ursächliche oder verstärkende Funktion zukommt.

Persönlichkeitsgestörte Patienten scheitern meist nicht an fehlenden instrumentellen Arbeitsfähigkeiten, sondern an mangelnden psychosozialen Kompetenzen bei zu hoher Erwartungshaltung von allen Seiten (auch der Betreuer!). Im Vergleich zu psychosekranken Patienten zeigen sie oft ein beachtliches Leistungsvermögen und beziehen aus der damit verknüpften Anerkennung einen hohen Selbstwertgewinn. Dieser ‚Vorteil‘ kann sich jedoch dann schnell destabilisierend auswirken, wenn eigene (Belastungs-)Grenzen nicht wahrgenommen werden und überzogene Erwartungen an Belobigung, finanzielle Entlohnung etc. bestehen. Auf dem Boden einer hohen Kränkbarkeit kommt es häufig zu Frustrations- und Versagenserlebnissen, die dann zu eskalierenden Konflikten mit Vorgesetzten oder zu Verweigerung, u.a. mit zunehmenden Fehlzeiten, führen. Eine viel versprechende Rehabilitation kann dann unvermutet ‚kippen‘ (*Kasuistik 14*), wenn der Patient den Arbeitsplatz verliert und in eine resignativ-regressive Entwicklung gerät. Fortschreitender Substanzmissbrauch führt schnell zu einem Verlust an Tagesstruktur und zu einer generalisierten Gleich-

gültigkeit, die auch Hemmungen gegenüber dissozialen Neigungen und sexualdelinquenten Verhaltensweisen abbaut (*Kasuistik 16*).

Betrachtet man abschließend die unterschiedlichen Nachsorgestrukturen in NRW (Kap. 3.1.2) und bringt sie mit den Rehabilitationsverläufen der Patienten in einen statistischen Zusammenhang, so ergaben sich Hinweise, welche konkreten Arbeitsweisen in der Nachsorge hilfreich und im Sinne der Legalbewährung erfolgreich sind. Beim Blick auf die Gruppe der Auffälligen war festzustellen, dass diese in ungefähr gleicher Anzahl aus MRV-Kliniken (12 von 66 - 16,2%) und aus allgemeinspsychiatrischen Kliniken (11 von 49 - 24,4%) entlassen und nachbetreut wurden. Differenziert man die AP-Ambulanzen weiter (Kap. 4.4.2.2), so betrug der Anteil der Patienten, die noch von den Stations-therapeuten nachversorgt wurden 19,4% (n=31); die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA's) wiesen mit 27,8% (n=18) den relativ höchsten Wert bei den Auffälligen auf. Betrachtet man die Ergebnisse unter dem Gesichtspunkt, ob es nach der Entlassung zu erheblichen Straftaten kam, so wurden alle drei Straftaten dieser Kategorie (Tab. 8) von Patienten aus den AP-Ambulanzen verübt.

Diagnostisch handelte es sich bei diesen Rückfälligen um Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (*Kasuistiken 6, 7*). Bei dieser Gruppe erfordert die Nachsorge spezielle, über die Behandlung psychotekranker Patienten hinausgehende Kenntnisse. Hier bestand fraglos bei den MRV-Ambulanzen gegenüber den AP-Ambulanzen ein gewisser Erfahrungsvorsprung. Auf diesem Hintergrund ist auch das Ergebnis, dass es relativ häufiger zu Auffälligkeiten kam, wenn die forensischen Ambulanzen auch die psychiatrische Behandlung übernahmen, nur auf den ersten Blick überraschend. Psychiatrische Behandlungen durch forensische Ambulanzen fanden überwiegend durch die Ambulanzen an allgemeinspsychiatrischen Standorten statt, wobei insbesondere der Typ (3) einen erhöhten Anteil an auffälligen Patienten aufwies (s.o.). Die MRV-Ambulanzen, die ganz überwiegend keine eigene psychiatrische Behandlung bei ihren Patienten durchführten, sondern eher mit anderen, nicht-forensischen Ärzten zusammenarbeiteten, hatten den relativ geringsten Anteil an auffälligen Patienten. Auf diesem Hintergrund ist das vergleichsweise ‚gute Abschneiden‘

der ‚anderen‘ psychiatrischen Behandler durchaus folgerichtig: es kann als Resultat einer wirksamen Zusammenarbeit mit denjenigen forensischen Ambulanzen gewertet werden, die sich vornehmlich auf das forensische Case Management konzentrieren (konnten).

Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass die beschriebenen ‚Erfolgszahlen‘ zugunsten der MRV-Ambulanzen statistisch nicht signifikant sind und auch im Hinblick auf die nicht sehr großen Fallzahlen nicht überinterpretiert werden dürfen. An der Konvergenz verschiedener ‚benachbarter‘ Aspekte (bzw. Items) lässt sich jedoch - bei aller Vorsicht - eine Tendenz erkennen.

Dieser Befund ist in zwei folgenden Punkten einerseits zu präzisieren, andererseits auch als (inzwischen größtenteils überwundene) Probleme bei der Implementierung forensischer Ambulanzen in der Allgemeinpsychiatrie zu relativieren:

(1) Die Ambulanzen der Allgemeinpsychiatrie waren zu Beginn des Untersuchungszeitraums hinsichtlich ihrer forensischen Aufgabenstellung noch im Aufbau begriffen

Viele Ambulanzen waren noch nicht ‚offiziell‘ installiert, die Nachsorge wurde noch zusätzlich zum stationären Aufgaben erledigt oder an die ‚hauseigenen‘ PIA's weitergegeben. Erst durch die Verfügung des LBM-NRW erhielten alle Ambulanzen rückwirkend einen Ambulanzpflegesatz. Bis zur Mitte des Untersuchungszeitraums besaßen daher die in der Allgemeinpsychiatrie tätigen Ambulanzmitarbeiter noch keine forensische ‚Identität‘: sie behandelten ihre Patienten wie ihr allgemeinpsychiatrisches Klientel – und dies durchaus in den meisten Fällen mit Erfolg. Interne Schulungen, auch die Einführung von Risiko-Checklisten durch den LWL (zu den Entwicklungen in den Landesteilen NRW s. Kap. 3.1.2), führten zu einer verstärkten Angleichung der Konzepte und Arbeitsweisen. Die durchaus schwierige Suche nach einer Haltung der Allgemeinpsychiatrie gegenüber ihrer neuen Aufgabe einer stationären und ambulanten Versorgung forensischer Patienten zeigte sich z.B. an der Führung forensischer Schwerpunktstationen als "geschützt-subakute" Station oder schlicht „Kompaktstation“. In den psychiatrischen Institutsambulanzen suchte man Beschilderungshinweise auf die forensische Ambulanz oftmals vergeblich. Auch wenn

diese äußeren Aspekte sicher nicht überwertet werden sollten – gerade in den Anfängen der ambulanten Nachsorge fehlte es vielfach an Kooperationen, insbesondere an einer geregelten Informationsweitergabe zwischen abgebender Maßregelvollzugsklinik und PIA. Wesentliche forensisch relevante Unterlagen lagen nicht vor, so dass z.B. eine leitende Ärztin der Ambulanz klagte: „Oft wissen wir bis heute nicht, welche Delikte die Patienten genau begangen haben.“

Bei Studium der Akten (s. auch Tab.A-9) fand sich oftmals wenig Berücksichtigung anderer psychosozialer Maßnahmen bzw. Betreuungspersonen anderer ‚Bausteine‘ der Nachsorge, die auch oft gar nicht bekannt waren. In den Verlaufseintragungen tauchten andere Dienste und Mitbetreuer oft nur als ‚Anfrager‘ oder als Adressaten für auszustellende Atteste oder Stellungnahmen auf. Zu welchem Ergebnis dann aber z. B. die Beantragung ambulanter Krankenpflege führte, wurde nicht erwähnt. Diese ‚Ambulanzzentrierung‘ ist aufgrund recht hoher Fallbelastung in den PIA's nicht nur nicht vorwerfbar – sie spiegelt ein auf ärztliche Individualbehandlung fokussiertes Konzept von Nachsorge. Oft werden daher Informationen nicht aus Helfergesprächen, sondern nur aus Patientengesprächen entnommen. So fanden sich Eintragungen wie „Patient berichtet, ihm sei das BeWo gekündigt worden“ oder (über einen Patienten, der in einem Wohnheim betreut wurde): „... ist eine Etage tiefer eingezogen, da der Patient Sachbeschädigungen vornahm“. Beim Lesen der Akteneinträge drängte sich manchmal der Eindruck auf, die Behandler laufen den Entwicklungen oft mehr hinterher, als sie aktiv und antizipierend zu gestalten.

Aktenvermerke verblieben oftmals bei einem deskriptiven Konstatieren, ohne das (zumindest in der Akte) eine Bewertung, geschweige denn eine prognostische Risikobewertung oder auch eigene Einwirkungsmöglichkeiten diskutiert wurden. An anderer Stelle hieß es: „Patient ist die nächsten 4 Wochen alleine!!!“ – wobei an den mehrfachen Ausrufezeichen Sorge, aber auch Ratlosigkeit erkennbar wurden. Die Dokumentation klebte oft an somatischen, für forensische Fragen (von Einzelfällen abgesehen) eher weniger relevanten Symptomen. Oft wurden seitenweise Eintragungen zu Zuckerwerten, Gewichtszunahme, Entzündungen etc. vorgenommen. In einer solchen Perspektive geraten dann auch spezielle Fragen zu Risikoeinschätzung und -management zu

einem Unterpunkt im psychopathologischen Befund: „...keine Aggression, kein pyromanisches Verhalten“. Das Fehlen forensischen Know-hows zeigte sich in besonders deutlicher Form (allerdings ohne gravierende Negativfolgen) in der *Kasuistik 6*, bei dem es zu einer unkritischen Identifizierung des Behandlers mit dem Patienten und dessen Leugnung exhibitionistischer Taten kam.

(2) Die Konzeptualisierung forensischer Nachsorge als Case Management führte auch in den PIA's zur Erweiterung bisheriger Behandlungsmethoden

Die in einer ‚klassischen‘ Institutsambulanz vorherrschende Komm-Struktur passt nicht zu allen Patienten der forensischen Nachsorge (u.a. *Kasuistik 10*). Diese Arbeitsweise ist am ehesten bei psychosekranken Patienten mit relativ guter Compliance und weniger starken Belastungen durch eine Sucht- oder dissoziale Problematik geeignet. Je stärker die Vorgeschichte von Delinquenz, verbunden mit häufigen Inhaftierungen oder auch mit einem früh beginnenden Substanzmissbrauch und mit häufigen stationären (Zwangs-)Aufenthalten, geprägt war, desto mehr muss auch in der Nachsorge mit entsprechendem Problemverhalten, insbesondere Rückkehr in ein subkulturelles Milieu gerechnet werden. Diese Fehlentwicklungen werden aber in der Sprechstunde oft nicht sichtbar. Um als Behandler diese schleichend beginnenden Prozesse tatsächlich in Erfahrung zu bringen, ist eine aufsuchende Arbeit in der Lebenswirklichkeit des Patienten (Zuhause, am Arbeitsplatz) und ein enger Informationsaustausch mit allen an der Betreuung Beteiligten unerlässlich. Können die Patienten in einem kurzen Gesprächskontakt in der Ambulanz dissimulieren oder dem Behandler (und möglicherweise auch sich selbst) einen ‚völlig problemlosen‘ Verlauf glaubhaft machen - spätestens bei einem Hausbesuch oder bei dem Gespräch mit dem Arbeitstherapeuten etc. werden die ‚Stolpersteine‘ in der realen Lebensbewältigung deutlich. Werden diese Stolpersteine rechtzeitig wahrgenommen, sind Korrekturen möglich, bevor sich die Rehabilitation aufgrund z.B. einer ständigen Überforderung durch die Arbeit oder durch die Paarbeziehung wieder in eine ungünstige Richtung entwickelt, die dann oft nur schwer und/oder zu spät wieder ‚rückholbar‘ ist. Gerade bei Persönlichkeitsstörungen mit einer bereits vor der Unterbringung erkennbaren Affinität zu randständigen oder kriminellen Milieus, ist zudem nicht immer davon auszugehen, dass sie wahrheitsgemäß Auskunft geben.

Insbesondere die Nachsorge von Patienten, bei denen bereits in der Hauptverhandlung die Unterbringung gemäß § 67b StGB primär zur Bewährung ausgesetzt wurde und daher keine Informationen aus stationären Maßregelbehandlungen vorlagen, war (und ist) für forensische Ambulanzen eine besondere fachliche Herausforderung. Die Notwendigkeit, fremdanamnestiche Daten einzuholen und ein professionelles Netzwerk aufzubauen und im Sinne eines Case Managements kontinuierlich aufrechtzuerhalten, zeigte sich bei diesen Fällen in besonderer Dringlichkeit. Beide Rückfälle dieser Gruppe passierten im Rahmen der Nachsorge durch eine allgemeinspsychiatrische Institutsambulanz, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht auf lange forensische Erfahrungen zurückgreifen konnte (*Kasuistiken 5*).

In den im Rahmen der Studie mit den Behandlern geführten Gesprächen wurde deutlich, dass hier auch in den Ambulanzen an allgemeinspsychiatrischen Kliniken in der Zwischenzeit eine erhebliche Veränderung der Arbeitskonzepte stattgefunden hat und die Notwendigkeit eines aufsuchenden und kontrollierenden Vorgehens (oft nach Fehlschlägen, s. *Kasuistik 5*) erkannt wurde. Die genaue Kenntnis kriminalanamnesticher und risikorelevanter Daten wird als Standard anerkannt, die Bedeutung einer vernetzten, sozialpsychiatrischen Arbeits- und Denkweise wird gesehen. Nicht zuletzt die Einführung von Risikolisten im LWL wird zu einer weiteren Professionalisierung führen.

5.1 Fazit

Die vorliegende Untersuchung hat eine Fülle von Ergebnissen zu Tage gefördert – eine abschließende Auswahl zentraler Resultate ist gleichermaßen schwierig wie unerlässlich. So komplex sich das Feld forensischer Nachsorge darstellt, so vielfältig sind die Daten, Verlaufsbefunde und Berechnungen, die in diese Studie Eingang gefunden haben. Dabei bleibt allerdings zu bedenken, dass nur ca. die Hälfte der Entlasspopulation rekrutiert werden konnte, was die Aussagekraft der Ergebnisse und deren Generalisierbarkeit sicher limitiert. Die folgende thesenartige Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse soll unter einer zweifachen Fragestellung erfolgen: Welche Informationen und Erkenntnisse könnten für weitere Planungen im ambulanten Maßregelvollzug von Bedeutung sein? Welche Handlungsansätze bietet die Studie für den praktisch Tätigen in der ambulanten Nachsorge im Hinblick auf Risikoeinschätzung und Risikomanagement, d.h.: Welche protektiven Faktoren sind zu fördern, welche Gefährdungsaspekte sind zu beachten?

Die Unterbringungsdauer in NRW ist vergleichsweise lang

Die mittlere Unterbringungsdauer der in den Jahren 2002 bis 2006 in NRW entlassenen Patienten betrug 8,4 Jahre und lag damit erkennbar höher als die Unterbringungsdauer für das gesamte Bundesgebiet von 6,6 Jahren im Jahr 2006. Betrug das Verhältnis von entlassenen zu untergebrachten Patienten im Jahr 2006 bundesweit 1:13, so wurde in NRW nur jeder 25. Patient entlassen.

Die Unterbringungsdauer sagt nur wenig über die realen Entlassungschancen eines Patienten aus

50% der Entlassenen waren länger als 7,5 Jahre untergebracht. Eine fehlerhafte Zuweisung zur Gruppe der ‚Longstay-Patienten‘, die vorschnell als ‚nicht behandelbar‘ hospitalisiert würden, könnte langfristig die Kosten der Unterbringung erhöhen.

Nur bei jedem zehnten Patienten fand ambulante Nachsorge aufgrund eines Aussetzungsbeschlusses gem. § 67b StGB statt

Die Rückfallquote dieser Gruppe unterschied sich nicht wesentlich von der Gruppe der nach einer Unterbringung (gemäß § 67d Abs. 2) entlassenen Patienten: bei zwei von 11 Patienten fanden sich Eintragungen im BZR.

Die Langzeiterprobung ist ein wesentliches Instrument der Rehabilitation

Nicht-Rückfällige wurden häufiger als Rückfällige vor Entlassung langzeitbeurlaubt. Die Länge der Beurlaubungsphase war nur in Ausnahmen durch eine restriktive Spruchpraxis der Strafvollstreckungskammern bestimmt, sondern diente den Ambulanzen als therapeutische Belastungserprobung („transmurale Phase“) und als Absicherung der Legalprognose.

Diagnostische Verschiebungen der Entlasspopulation sind besonders ausgeprägt

In NRW zeigt sich der bundesweite Trend einer Zunahme von Psychosekranken bei den Entlassenen (bei fast der Hälfte fand sich ein Substanzmissbrauch als komorbide Störung) bei gleichzeitiger Abnahme von Persönlichkeitsgestörten (insbesondere von solchen mit Sexualdelikten) besonders ausgeprägt. Es ergeben sich Hinweise auf ein Versorgungsdefizit bei schwer chronifizierten Psychosekranken und intelligenzgeminderten Patienten.

Geringe Rückfallraten verweisen auf eine hohe Effektivität der ambulanten Nachsorge

Insgesamt kam es bei 23 Fällen der untersuchten Stichprobe (n=115; Katamnesezeitraum 4,4 Jahre) zu erneuten BZR-Eintragungen, die nicht mit Begehung von Straftaten gleichzusetzen sind. 15 Patienten (13%) begingen nach der Entlassung weitere Delikte. Lediglich bei 11 Patienten (9,6%) kam es zu einem erneuten Freiheitsentzug, wobei bei der Hälfte dieser Fälle der Widerruf allein aufgrund von Verstößen gegen Weisungen erfolgte. Die deutliche Abnahme der Deliktschwere und der geringe Anteil einschlägiger Gewalt- und Sexualdelinquenz verweist auf eine sehr gute Effektivität forensischer Nachsorge in NRW. In der Gruppe aller entlassenen Patienten (n=225) fanden sich Prozentwerte in ähnlicher Größenordnung; wie in der Stichprobe war auch in der Gesamtgruppe der Anteil von Straftaten gegen Leib und Leben sowie von Sexualdelikten (7 von 225 - 3,1%) gering. Vor allem im Vergleich zu anderen Rückfallstudien zeigen sich damit in NRW auffallend günstige Werte. Sozial- und kriminalanamnestische Vorbelastungen und Vorkommnisse während der Unterbringung sind für den poststationären Verlauf bedeutsam.

Die 23 Patienten mit relevanten Auffälligkeiten wiesen in anamnestischer Hinsicht eine wesentlich stärkere psychosoziale und delinquente Vorbelastung auf: Vor allem bei der schulischen und beruflichen Bildung zeigten sich deutlich schlechtere Werte, die bei den kriminalanamnestischen Daten (Anzahl früherer Verurteilungen und Inhaftierungen) Signifikanzniveau erreichten. Auch dissoziale Verhaltensweisen und Substanzmissbrauch während der Unterbringung korrelierten signifikant mit einem Scheitern der Wiedereingliederung.

Auf ein dosiertes Nacheinander von Veränderungen bei personeller Kontinuität ist zu achten

Ziel der Langzeitbeurlaubung besteht in der prognostischen Überprüfung eines tragfähigen Settings für die Zeit nach der Entlassung. Zum Zeitpunkt der Entlassung sind daher alle Umgebungsvariablen stabil zu halten. Die Kontinuität der Betreuung sollte auch bei späteren Veränderungen (z.B. Wechsel vom Wohnheim ins BeWo) möglichst erhalten bleiben. Das gibt nicht nur den Patienten, sondern auch den Helfern Sicherheit, dass die wesentlichen Informationen über den Patienten und seine spezifischen Risikovariablen nicht ‚verloren‘ gehen.

Substanzmissbrauch ist ein wesentlicher Risikofaktor, der (stärkerer) Beachtung bedarf

Den Ambulanzen gelang es überwiegend, Alkohol- und Drogenmissbrauch zu erkennen und frühzeitig gegenzusteuern; nur in wenigen Fällen wurden entgegen richterlicher Weisungen keine Screenings durchgeführt. Auch das konsequente Durchführen von Tests kann allerdings Rückfälle nicht immer verhindern, wenn nicht rasch die erforderlichen Maßnahmen ergriffen werden. Bei unterschiedlichen prognostischen Einschätzungen oder auch schwierigen Kommunikationslagen zwischen den Nachsorgern kam es in Einzelfällen zu verzögerten oder ausbleibenden Krisenreaktionen.

Patienten-Compliance ist in der Nachsorge ein günstiger Prognosefaktor

Insgesamt waren bei der Gruppe der Auffälligen das psychische Befinden und die Medikamenten-Compliance signifikant schlechter ausgeprägt. Eine nur äußerlich auferlegte („formale“) oder sehr schwankende Compliance stellte einen

erkennbaren Risikofaktor dar. Eine von Krankheitseinsicht getragene Compliance führte nicht nur zu einem stabileren psychopathologischen Befund, sondern ermöglichte bei Krisen auch eine zügige, weil freiwillige Rehospitalisierung.

Häufige und längere stationäre Behandlungen haben eine rückfallpräventive Wirkung

Zwar kam es bei der Gruppe der Auffälligen insgesamt zu einer höheren Anzahl von stationären Behandlungen. Die Gruppe der Nicht-Auffälligen wies aber pro Patient eine höhere Anzahl von Einweisungen bei zugleich längerer Behandlungsdauer. Für den Gesetzgeber gilt es daher zu überprüfen, ob bei Patienten, bei denen eine erforderliche Rehospitalisierung nicht einvernehmlich möglich ist und es infolge dessen zu einer Krisenintervention gemäß § 67h StGB kommen muss, entweder eine Fristverlängerung (über die max. 6 Monate hinaus) und/oder eine wiederholte Anordnung der Wiederinvollzugsetzung während der Führungsaufsicht ermöglicht werden sollte.

Stabile und prosoziale Beziehungen bieten Schutz vor Rückfälligkeit; Intimpartnerschaften führen zu einer (leichten) Erhöhung des Risikos

Während die Nicht-Rückfälligen deutlich häufigeren Kontakt zu einem sozialen und (primär-)familiären Beziehungsnetz aufwiesen, nahm mit der ‚emotionalen Nähe‘ der Beziehungen oft auch das Konfliktpotential zu. So hatten die Auffälligen deutlich häufiger ‚feste‘ Partnerschaften als die Unauffälligen.

Ein problematischer Umgang mit Geld stellt einen erheblichen Risikofaktor dar

Beim Finanzmanagement zeigten die Auffälligen signifikant häufiger Schwierigkeiten, die sich in massiver Unzufriedenheit und vor allem in Verschuldung manifestierten.

Eine positiv erlebte Freizeitgestaltung erweist sich als protektiv wirksam

Veränderungen der Wohnform finden eher selten statt

Zum Erhebungszeitpunkt wohnten ca. 70% aller Patienten im Rahmen einer professionellen Betreuung (Wohnheim oder BeWo). Im Verlauf gab es nur eine

geringfügige Verlagerung von der stationären zu einer ambulanten Betreuungsform, die keinen erkennbaren Einfluss auf die Legalbewährung der Patienten zur Folge hatte.

Häufige Veränderungen der Arbeit oder Verlust einer Beschäftigung stellen einen hohen Risikofaktor dar

Bei den Auffälligen zeigte sich bei anfänglich noch befriedigender Tagesstrukturierung im weiteren Verlauf eine signifikante Verschlechterung der Situation: In der Gruppe der Auffälligen war schließlich jeder Dritte ohne eine Arbeit, in der gematchten Gruppe war dies nur bei (fast) jedem sechsten Patienten der Fall.

Persönlichkeitsgestörte Patienten stellen für die Nachsorge eine besondere Herausforderung dar

In der Studie zeigten sich häufig bekannte ‚Fallstricke‘ in der Betreuung, die auf die Notwendigkeit von Supervision (unter Einschluss aller an der Betreuung Beteiligten) hinwiesen. Das Agieren von Persönlichkeitsgestörten führte nicht nur zu komplizierenden Gegenübertragungen in der Beziehungsgestaltung, sondern hatte auch häufig Konflikte zwischen den Helfern zur Folge.

Forensische Nachsorge zeichnet sich wesentlich durch ihre Haltefunktion, nicht durch ihren Angebotscharakter aus

Präsenz, wachsame Sorge und assertives („bestimmendes“) Vorgehen sind die erforderlichen Therapeutenvariablen in der Nachsorge. Problematische Entwicklungen sind zu antizipieren, statt nur auf sie zu reagieren. Erforderliche Maßnahmen sind gegenüber allen Beteiligten, auch dem Gericht, initiativ und nachdrücklich zu vertreten.

Die Vernetzung der beteiligten Hilfesysteme ist ausbaufähig

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und enge Vernetzung der ‚Bausteine‘ der Nachbetreuung gehören bereits seit längerer Zeit zu den ‚Mindeststandards‘ einer professionellen forensischen Nachsorge. Bedenklich erscheint vor diesem Hintergrund, dass bei den Auffälligen zu immerhin 43,5% keine regelmäßigen Helferkonferenzen stattfanden. Hochfrequente Treffen auch nach der Entlassung (in einem eher aus der Phase der Langzeitbeurlaubung bekannten Umfang) waren hingegen meist Zeichen eines sehr störanfälligen Verlaufs, oftmals zugleich Hinweis auf eine unklare Fallführung.

In der Koordination der Nachsorge bestehen Defizite

Die juristische Verantwortlichkeit der Aufsichtsstelle steht neben der fachlichen Verantwortung der Ambulanzen, „Deliktrückfälle zu verhindern“ und die „Koordination sicher zu zustellen“ (LB-MRV NRW). Diese Verantwortungsüberschneidungen bergen bei schwierigen Verläufen Potential für Unklarheiten incl. einem ‚Schwarze-Peter-Spiel‘. In der Studie hatten die Ambulanzen de facto in den überwiegenden Fällen die Fallführung; bei über 40% aller Fälle fand keine explizite Koordination in der Nachsorge statt.

Aufsuchende Betreuung stellt das Kernelement eines effektiven ambulanten Versorgungskonzeptes dar

Je mehr die Störungen durch Multimorbidität gekennzeichnet sind, die mit massiven psychosozialen Problemlagen, entsprechenden Turbulenzen in der Nachsorge (Finanzen, Partnerschaft, Arbeit, Freizeit etc.) und mit einer schwankenden Compliance einhergehen, desto mehr ist der Wechsel von einer Sprechstunden- zu einer mobilen Ambulanz erforderlich. Ohne Kenntnis des realen Lebensfeldes und der Beziehungspartner der Patienten und ohne ständigen Kontakt zu allen Beteiligten fehlen die nötigen Informationsquellen, um Fehlentwicklungen rechtzeitig orten und darauf adäquat reagieren zu können. Diese Erkenntnisse finden zunehmend auch in der allgemeinspsychiatrischen ‚integrierten Versorgung‘ ihren Niederschlag (im Sinne eines ‚assertive community treatment‘; u.a. Lambert et al. 2010).

5.2 Ausblick

Die bundesweite Implementierung ambulanter Nachsorge forensischer Patienten stellt für Nedopil (2010) ein Paradebeispiel dafür dar, welche bemerkenswerten Auswirkungen die Forschung auf die Praxis haben kann. Mit der vorliegenden Evaluation wird dieser Entwicklung ein weiteres kleines ‚Puzzlestück‘ hinzugefügt, indem umfangreiche Basisdaten zur Situation der ambulanten Nachsorge in NRW vorgelegt und empirisch begründete Empfehlungen zur Konzeptualisierung forensischer Nachsorge gemacht werden. Weitere wissenschaftliche Untersuchungen sind aber dringend erforderlich, die abschließend kurz skizziert werden sollen.

Lebensweg und Legalbewährung der Patienten sollten über einen längeren Katamnesezeitraum nachuntersucht werden

Im Rahmen einer 3-Jahres oder 5-Jahres Follow-up-Studie dieser Untersuchung ließen sich wichtige Aufschlüsse hinsichtlich der Sozial-, Krankheits- und Delinquenzentwicklung gewinnen. Die in der vorliegenden Studie extrahierten Schutz- und Risikofaktoren könnten in ihrer prognostischen Aussagekraft in Abhängigkeit vom ‚Faktor Zeit‘ überprüft werden. Längere Katamnesezeiträume sind zudem für die Beantwortung der Frage unerlässlich, ob und inwieweit auch nach Beendigung der spezifischen forensischen Nachsorge die erzielte Reintegration und Rückfallfreiheit stabil bleiben. Damit ließe sich auch die von Therapeuten *und* Gerichten zunehmend häufiger gestellte Frage auf einer empirischen Datenlage diskutieren, ob und in welchen Fällen eine Fortsetzung der Ambulanzbetreuung, auch in Verbindung mit einer Entfristung der Dauer der Führungsaufsicht, hilfreich oder sogar geboten ist.

Eine Untersuchung der forensischen Nachsorge in einem Folgezeitraum sollte die Konsolidierung der Konzepte evaluieren

Eine Studie z.B. im Folgezeitraum 2007 – 2011 müsste zunächst untersuchen, ob die noch in der ersten Implementierungsphase forensischer Nachsorge in NRW erkennbaren Defizite tatsächlich überwunden werden konnten und wie sich diese Veränderungen auf die Rückfälligkeit ausgewirkt haben. Es wäre insbesondere der Hypothese nachzugehen (wie hier behauptet), dass sich gerade *nach* dem hier untersuchten Zeitraum deutliche Veränderungen in der Nach-

sorge im Sinne einer flächendeckenden Institutionalisierung und erhöhten Professionalisierung ergeben haben. (Diese Entwicklung gilt im Übrigen für das gesamte Bundesgebiet; siehe auch: Freese 2010; BAG 2009).

Zudem ließ sich durch eine Evaluation eines folgenden Entlassungszeitraums Klarheit darüber gewinnen, ob sich die in der vorliegenden Untersuchung gefundenen poststationären Prognosefaktoren auch bei einer aktuellen und (aufgrund gestiegener Entlasszahlen) größeren Stichprobe replizieren lassen.

Weitere Untersuchungen sollten auf den vorliegenden Ergebnissen aufbauen

Die in dieser Studie erhobenen umfangreichen Daten zu vielfältigen Aspekten der Nachsorge sollten als Grundlage für weitere Forschung, etwa auch zur Generierung von Hypothesen, genutzt werden. Erhebungsinstrumente sollten hinsichtlich Methodik und Praktikabilität weiterentwickelt werden: Vorzugsweise sollten die Variablen den Schwerpunkt weiterer Erhebungen bilden, die sich in der vorliegenden Untersuchung als signifikant oder hoch signifikant erwiesen haben und solche, die sich als besonders bedeutsam oder auffällig herausgestellt haben.

Eine Vollerhebung aller entlassenen Patienten im Rahmen eines prospektiven Designs ist anzustreben

Als Alternative zu einer Wiederholung einer retrospektiven Studie ist ein prospektives Designs zu empfehlen, das längerfristig angelegt sein müsste. Dies hätte mehrere methodische Vorzüge:

Analog der Essener Prognosestudie (Seifert 2007) könnte bereits zum Entlassungszeitpunkt von allen Patienten eine Einverständniserklärung und eine Entbindung von der Schweigepflicht erreicht werden. Auch wenn dies nicht in allen Fällen möglich sein wird und Patienten im Verlauf der Nachsorge ihre Zustimmung zurückziehen können – die datenschutzrechtlich begründete Problematik, dass dem Untersucher (wie in dieser Studie) die Zielpopulation namentlich nicht bekannt war bzw. bekannt sein durfte und diese somit nur auf indirektem Wege zu akquirieren war, würde sich nicht mehr in dieser Weise hemmend auf die Rekrutierung der Stichprobe auswirken.

In einem prospektiven Design lassen sich empirische Gütekriterien besser erfüllen. In einer nachträglichen Betrachtung bleiben Ablauf und Eigenart der verschiedenen Maßnahmen oftmals unklar und sind aufgrund dieser Fehleranfälligkeit empirisch nur noch mit verminderter Validität und Reliabilität zu erheben. Mithilfe eines prospektiven Erhebungsdesigns lassen sich zudem die Eigenschaften der Stichprobe besser kontrollieren (Seifert 2007).

Die Anwendung multivariater Verfahren sollte zur empirischen Erkenntnistiefe beitragen

Eine größere Gesamtstichprobe ermöglicht die Anwendung ‚höherwertiger‘ empirisch-wissenschaftlicher Methoden. In der vorliegenden Studie ist der Anteil der strafrechtlich auffälligen Patienten relativ klein ($n=23$); der Anteil von Rückfällen (Straftaten oder schwere Straftaten) ist noch einmal deutlich kleiner. Verlässliche, statistisch signifikante Aussagen über einzelne psychiatrische Diagnosegruppen und deren spezifisches Rückfallrisiko sind wegen der noch geringeren Größe der einzelnen Untergruppen sinnvoll kaum möglich. Weiterführende Regressionsanalysen sind daher schon hinsichtlich der erforderlichen Stichprobengröße seriös nicht durchführbar. In der Literatur (Backhaus et al 2006) wird als Anwendungsvoraussetzung eine absolute Untergrenze von 50 Beobachtungen angenommen; aussagekräftige Ergebnisse können erst ab ca. 100 Beobachtungen erwartet werden.

Mithilfe von Regressionsanalysen ließe sich die Wahrscheinlichkeit des Eintretens des Ereignisses ‚Rückfall vs. Nicht-Rückfall‘ (als dichotome abhängige Variable) in Abhängigkeit von den Werten der unabhängigen Variablen berechnen. Damit könnte die Vorhersagestärke der in dieser Studie gefundenen signifikanten Variablen (Prädiktoren) weiter spezifiziert werden.

Dabei wäre auf den Ausschluss einer sog. Multikollinearität zu achten. Bei der in dieser Studie bestehenden hohen Korreliertheit vieler abhängigen Variablen untereinander lässt sich nicht klären, in welchem Maße welche Variable die gesamte aufgeklärte Varianz tatsächlich erhöht. Bei zu engen inhaltlichen Überlappungen der Variablen ergibt sich eine (zwar) nominelle Erhöhung bzw. Verringerung des Risikos, ohne dass sich dadurch eine neue Vorhersagequalität erzielen lässt (Ross & Pfäfflin 2005).

Eine Periodizität der Rückfallstatistik ist für eine evidenzbasierte Entscheidungspolitik im Bereich der Nachsorge dringend erforderlich

Der empirisch-wissenschaftliche Erkenntnisstand in der Rückfallforschung gilt insgesamt weiterhin als dürftig: „Die Frage nach der Rückfälligkeit von Entlassenen aus Straf- und Maßregelvollzug lässt sich ... heute nicht einmal annähernd zufrieden stellend beantworten“ (Egg 2007, 256). Der Autor beklagt das Fehlen einer regelmäßig geführten bundesweiten Rückfallstatistik nach dem Muster der Pilotstudie von Jehle et al. (2003).

Ohne Zweifel ließe sich durch eine periodische Rückfallstatistik für den Maßregelvollzug eine wesentliche Forschungsgrundlage schaffen. Analog den Vorschlägen von Jehle (2007) könnte mithilfe einer Kombination aus Querschnitts- und Kohortendesign bei allen Entlassungsjahrgängen der weitere Verlauf im Längsschnitt ausfallfrei fortgeschrieben werden. Dafür müssten die Absammlzeitpunkte der BZR-Auszüge regelmäßig und in kürzeren Abständen (ca. alle 3 Jahre) erfolgen.

Der Verlauf der ambulanten Nachsorge sollte kontinuierlich erhoben werden

Auf dem Hintergrund bekannter Beschränkungen der Aussagekraft von Registereintragungen („Meldemoral“, Dunkelfeldproblematik etc., s. Kap. 4.2.1) müssten Rückfallzahlen jedoch verknüpft werden mit begleitend erhobenen Daten zum Nachsorgeverlauf, die (ggf. in Form von Zeitreihendaten) genutzt werden könnten, um die Entwicklung von Variablen in der Zeit zu studieren. Diese Daten sollten auch Zeitintervalle zwischen zwei Ereignissen (Wechsel der Betreuungsform, der Arbeit, der Behandlung, Dauer von Kriseninterventionen etc.) abbilden. Die Ereignisgeschichte sollte möglichst zeitnah erfasst werden. Die gewonnen Verlaufsdaten könnten eine wichtige Datenbasis zur weiteren Erforschung poststationärer Prognosekriterien darstellen.

Rückfallanalysen und Rückfallmuster sollten qualitativ erforscht werden

Wesentliche Einflussfaktoren im Nachsorgeverlauf sind mit den Mitteln quantitativer Sozialforschung nicht ausreichend zu erhellen. Die individuellen Gründe und Umstände z.B. eines Scheiterns von Patienten sind schon wegen der Hete-

rogenität forensischer Patienten und der Komplexität ihrer Betreuungs- und Lebenswirklichkeiten sehr differenziert zu betrachten. Hier bedarf es qualitativer Forschungsmethoden: So sollten die rückfälligen Patienten und eine gematchte (nicht rückfällige) Vergleichsgruppe sowie deren Betreuungspersonen (Therapeuten, Bewährungshelfer, Mitarbeiter komplementärer Einrichtungen etc.) mittels semistrukturierter Interviews befragt werden. Dieses methodische Vorgehen birgt den Vorteil, die Entwicklungsdynamik eines Scheiterns der Wiedereingliederung und die komplexen Vermittlungsprozesse zwischen den kritischen Variablen bis zu einem (erneuten bzw. Beinahe-)Delikt realitätsnäher erfassen zu können.

Wenn z.B. in der vorliegenden Studie das ‚Kippen einer sinnvollen Tagesstruktur‘ als rückfallfördernd erkannt wurde (s. Kap. 4.4.2.14), war dieses meist eingebettet in eine insgesamt krisenhafte Entwicklung mit zunehmender Non-Compliance, Konflikten im Wohnbereich und immer häufigerem Drogenabusus bei meist mangelhaftem Umgang mit Geld. Nur in einer vertieften Einzelfallanalyse könnten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, ob der Arbeitsproblematik im Rahmen dieser negativen Aufschaukelung eher eine ursächliche, eine verstärkende oder eher unwesentliche Bedeutung zukam. Mit einer solchen Methodik ließen sich Wirkungsketten bzw. typische Ablaufmuster besser rekonstruieren und damit jene Aspekte herausarbeiten, die in der forensischen Nachsorge verbesserte Interventionsmöglichkeiten eröffnen.

Die Bedeutung protektiver Faktoren in der forensischen Nachsorge sollte mehr Gewicht erhalten

Die Erforschung protektiver Faktoren wird allgemein als große Herausforderung für die Zukunft gesehen (Rogers 2000; Salekin und Lochman 2008; Nedopil 2001); diese könnten eine Erklärung für ausbleibende Rückfälle bei manchen Personen aus Hochrisikogruppen sein, z.B. bei Menschen mit einem hohen Psychopathie-Score (DeMatteo et al. 2005). Im Fokus steht hier die Frage, ob und in welcher Weise bestimmte ‚schützende‘ Ressourcen bestehende Risikofaktoren ausgleichen (direkt oder indirekt; Farrington und Loeber 2000) und somit die Wahrscheinlichkeit einer negativen Entwicklung im Sinne eines „Puffers“ moderieren bzw. erniedrigen können (Rutter 1985).

Dieser Ansatz bietet nicht zuletzt motivierende Aspekte, indem Ambulanzen in ihrer Behandlung darauf eingehen, „was gelingt“ oder welche Positivziele in der Therapie angestrebt werden sollte, statt sich ausschließlich darauf zu konzentrieren, was „nicht klappt“¹.

Protektive Faktoren haben in forensischen Prognoseinstrumenten bereits vielfach Eingang gefunden. So wird in der forensischen Praxis häufig genutzten sog. Dittmann-Liste (1999) explizit zu jeder der dort abgefragten Merkmalsgruppen eine Reihe ungünstiger und günstiger Faktoren abgefragt. Auch in den Mindestanforderungen für Prognosegutachten (Boetticher et al. 2006) wird explizit die Berücksichtigung protektiver Faktoren gefordert.

Allerdings steckt die Forschung auf dem Gebiet protektiver Faktoren – auch aufgrund methodologischer Probleme (siehe Bender und Lösel 2007) – noch in den Anfängen. So ist die Konzeptualisierung des Begriffs umstritten: Sind Schutzfaktoren gleichzusetzen mit dem Fehlen von Risikofaktoren oder gibt es ‚reine‘ Protektivfaktoren, die beim Nichtvorliegen keine Auswirkung auf die Prognose haben? Gibt es eine direkte Beziehung zwischen protektiven Faktoren und der Risikominderung oder ist eine spezifische Interaktion mit Risikofaktoren ursächlich und wenn ja, wie funktionieren diese? Gibt es differentielle Protektivfaktoren, die nur bei bestimmten Untergruppen von Patienten wirksam sind? Wirken die Faktoren additiv, evtl. auch multiplikativ? Lassen sich bestimmte Protektionstypen finden (Hahn 2007)?

Ziel eines in den Niederlanden entwickelten Instruments zur „Erfassung von protektiven Faktoren beim Risiko für gewalttätiges Verhalten“ (SAPROF; s. De Vogel et al. 2010) besteht darin, eine für die Praxisanwendung brauchbare Checkliste mit ausreichend empirischer Grundlage zu entwickeln.

In diesem Kontext sind auch Ergebnisse der kriminologischen Lebenslaufforschung einzubeziehen. Bei wiederholt durchgeführten Untersuchungen von Kontrastgruppen delinquenter und nicht delinquenter Jugendlicher (z.B. Crime and Causation Study des Ehepaares Glueck und Glueck 1950; weitere Studien bei Boers et al. 2009) werden vor allem Änderungen von Lebensläufen durch

¹ Entsprechende Behandlungsansätze rekurren dabei u.a. auf das ‚Goodlives‘-Modell von Ward & Stewart 2003

bestimmte Lebensereignisse in den Blick genommen. Nach den Ergebnissen einer Re-Analyse der Gluecks-Daten durch Sampson und Laub (2006) werden delinquente Karrieren auch bei frühem Beginn häufiger unterbrochen und beendet, als dies nach den strikten Persistenzannahmen zu erwarten wäre. Die Autoren überprüften 230 Überlebende der damals von den Gluecks erfassten Straffälligen (N=455) und interviewten 52 der damaligen Teilnehmer. Beschrieben wurden „Wendepunkte“: Ehe und Ehefrauen; Militärdienst; Erziehungsheime (Reform-Schools); Wegzug aus einer schwierigen Nachbarschaft und eine feste Arbeit.

Unterschiedliche Strukturen und Konzepte forensischer Ambulanzen sollten evaluiert werden

Neuere Studien zeigen wiederholt die limitierte Reichweite von Prognoseinstrumenten zur Vorhersage von rückfälligem Verhalten, vor allem bei der Einschätzung des individuellen Risikos (Seifert 2007; Übersicht bei Dahle 2006). Bisher dominieren zudem Checklisten, bei denen historisch-anamnestische und damit unveränderliche Risikovariablen der Patienten im Vordergrund stehen. Nicht nur die Arbeitsgruppe um Quinsey (2001) hält die statischen Risikofaktoren sowohl für die Einweisungs- als auch für die Entlassungsprognose für weit gewichtiger als die dynamischen. Wenn in einem aktuellen Artikel „der Strafregisterauszug nach wie vor (als) der Goldstandard in der Prognoseforschung“ (Lederer et al 2010, 457) bezeichnet wird, klingt dies doch sehr ernüchternd. Aber auch die Forschung klinisch-therapeutischer Variablen ist mit schwierigen, auch methodischen Problemen konfrontiert und zeigt noch wenig konsistente Ergebnisse (Philipse et al. 2006; Seifert 2009).

Die Erforschung poststationärer Prognosefaktoren bietet schon deshalb einen gangbaren (Aus-)Weg, da hier (unmögliche) Langzeitprognosen in (mögliche) wiederholte Kurzzeitprognosen unterteilt werden. Die Treffsicherheit dieser Kurzzeitprognosen hängt nicht zuletzt von der Fachkompetenz der Ambulanzen ab. Damit stellt die Qualität der forensischen Ambulanz selbst einen zentralen protektiven Prognosefaktor dar: Die Ambulanz sollte sowohl über Kenntnisse der individuellen Risiko- und Schutzfaktoren der Patienten als auch über ausreichendes Interventionswissen verfügen, um eine günstige Legalprognose im

Verlauf immer wieder aktiv herzustellen. Um es auf eine knappe Formel zu bringen: Die beste Prognose ist diejenige, die man selbst gestalten kann.

Angesichts der maßgeblichen Bedeutung der Qualität forensischer Ambulanzen für die Rückfallprävention besteht ein erheblicher Mangel an vergleichenden Studien zu unterschiedlichen Ambulanzkonzepten in allen Qualitätsdimensionen. Es ließen sich im Anschluss Ambulanzstandards formulieren, die zur weiteren Professionalisierung forensischer Nachsorge beitragen könnten.

6 Zusammenfassung

Die Wiedereingliederung von Patienten aus dem forensischen Maßregelvollzug in die Gesellschaft gilt als eine ebenso anspruchsvolle wie wichtige, nicht zuletzt risikoträchtige Aufgabe, die im Falle eines Scheiterns schnell in den Fokus öffentlich-medialen Interesses gerät. Zwar sind in den letzten Jahren in Deutschland zunehmend spezialisierte forensische Ambulanzen implementiert worden, jedoch mangelt es (auch aufgrund grundsätzlicher methodischer Probleme) an Wirksamkeitsnachweisen. Evaluationsstudien haben zeigen können, dass trotz der in den letzten Jahren erzielten Fortschritte durchaus Verbesserungsvalenzen in der praktischen Durchführung einer fachgerechten forensischen Nachsorge bestehen.

In der vorliegenden Studie wurde die ambulante Nachsorge forensischer Patienten, die im Bundesland Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2002 bis 2006 aus einer Unterbringung gemäß § 63 StGB in Freiheit entlassen (§§ 67d Abs. 2, 6 und 67b StGB) wurden, evaluiert. Bei insgesamt 232 in diesem Zeitraum entlassenen Patienten konnten 115 Patienten rekrutiert werden, die sowohl das Einschlusskriterium einer spezifischen forensischen Nachsorge erfüllten als auch ihr Einverständnis zur Studie erklärten; für weitere 110 Patienten, die ihre Zustimmung zur Teilnahme nicht erteilten, konnten anhand der Register- eintragungen Daten zur Deliktrückfälligkeit ermittelt werden. Die Daten der Patienten wurden an 21 Ambulanzstandorten mithilfe eines Fragebogens aus den Behandlungs- und Nachsorgeakten der Patienten extrahiert. Fehlende Angaben wurden durch Befragungen der Ambulanztherapeuten komplettiert.

Die diagnostischen, deliktischen und anamnestischen Daten der Ambulanzpatienten (n=115) wurden erfasst und mit anderen forensischen Patientenpopulationen verglichen, die in Deutschland und in NRW sowohl stationär als auch ambulant behandelt wurden. Der weitere Lebensweg der Patienten nach ihrer Entlassung wurde in den unterschiedlichen Betreuungskontexten erfasst, zum anderen wurden Daten zu strafrechtlichen Auffälligkeiten aus dem Bundeszentralregister erhoben. Mittels eines Vergleichs der erfolgreich rehabilitierten mit den gescheiterten Patienten wurde schließlich der Fragestellung nachgegangen, ob sich poststationäre Prognosefaktoren extrahieren lassen, mit deren Hilfe das Risikomanagement und damit die Professionalisierung forensischer Nachsorge

weiter verbessert werden könnten. Neben statistischen Auswertungen wurden anhand zahlreicher Kasuistiken ‚typische‘ Problemkonstellationen in der ambulanten Nachbetreuung herausgearbeitet und exemplarisch i.S. forensischer Lernfälle dargestellt.

Als Ergebnis wurde die geringe Rate strafrechtlich auffälligen Verhaltens der entlassenen Patienten herausgestellt. Gegenüber Entlassenen, die keine spezifische Nachsorge erhalten haben, halbierte sich die Zahl der Eintragungen in das BZR. Bei der Anzahl von Gewalt- und Sexualdelikten war sogar eine Reduzierung auf ein Drittel der Rückfälligen zu verzeichnen. Diese Ergebnisse können als Hinweis auf eine hohe Effektivität forensischer Nachsorge gelten.

Bestätigt hat sich der Befund, dass die Entlassquote in NRW erkennbar unterhalb des Bundesdurchschnitts lag, wobei der Anteil der gemäß § 67b StGB Aussetzungen in der Stichprobe auffallend gering war. Offenbar gab es insbesondere bei persönlichkeitsgestörten Patienten und bei Intelligenzgeminderten, aber auch bei chronifizierten Psychosekranken (mit komorbidem Substanzmissbrauch) erkennbare Entlasshindernisse, die sich zum Teil auch als Versorgungs- und Betreuungsdefizite in der Nachsorge widerspiegelten.

Die 23 Patienten mit relevanten Auffälligkeiten in der Nachsorge wiesen bereits in anamnestischer Hinsicht eine wesentlich stärkere psychosoziale und delinquente Vorbelastung auf. Auch während der Unterbringung zeigt diese Gruppe signifikant häufiger (vielfältig) regelwidriges Verhalten. Im poststationären Verlauf erwies sich häufiger Substanzmissbrauch als hochsignifikanter Risikofaktor, der stärkerer Beachtung bedarf. Wenig überraschend dürfte der Befund sein, dass eine überwiegend von Einsicht getragene (nicht nur von außen auferlegte oder stark schwankende) Compliance des Patienten einen wesentlichen protektiven Faktor darstellte: Diese wirkte sich einerseits auf das psychische Befinden stabilisierend aus, andererseits machte es im weiteren Verlauf erforderliche Rehospitalisierungen leichter möglich. ‚Freiwilligkeit bei der stationären Wiederaufnahme‘ stellte daher einen rückfallpräventiven Faktor dar.

Als ein wesentliches Ergebnis der Studie stellte sich die beachtliche Bedeutung psychosozialer Prognosefaktoren heraus. Stabile und prosoziale Beziehungen ließen einen Schutz vor Rückfälligkeit erkennen. Eine positiv erlebte Freizeit-

gestaltung erwies sich als protektiv wirksam. Ein problematischer Umgang mit Geld korrelierte signifikant mit einem Scheitern der Wiedereingliederung und stellte einen erheblichen Risikofaktor dar. Häufige Veränderungen der Arbeit oder Verlust einer Beschäftigung bzw. Tagesstruktur verwiesen auf eine prognostisch ungünstige Entwicklung. Veränderungen der Wohnform der Patienten wurden im untersuchten Zeitraum zurückhaltend praktiziert.

Die Hauptaufgabe forensischer Ambulanzen in der Nachsorge besteht in der redundanten Überprüfung der Frage, ob sich die Patienten in einem Setting befinden, das sie mit ausreichender Wahrscheinlichkeit vor erneuten Straftaten schützt (Risikoeinschätzung). Behandlung und Interventionen der Ambulanzen (Risikomanagement) setzen eine fundierte ‚Netzwerkdiagnose‘ voraus. Aufsuchende Betreuung und enge Vernetzung aller beteiligten Hilfesysteme sind daher unabdingbare Arbeitsmethoden forensischer Ambulanzen. Über einen regelmäßigen Informationsaustausch hinaus ist ein gemeinsames Fallverständnis anzustreben - auch um dem Agieren der (persönlichkeitsgestörten) Patienten entgegen zu wirken. Die Fallkoordination ist festzulegen, Verantwortlichkeiten sind klar zu definieren.

Allerdings hängt diese ‚Netzwerkarbeit‘ auch von der verfügbaren Zeit der ambulanten Therapeuten ab. Der Ausbau der personellen, multiprofessionellen Ressourcen in der forensischen Nachsorge mit einem Personalschlüssel, der auch die aufsuchende Arbeit ‚vor Ort‘ berücksichtigt, bleibt daher oberstes Gebot für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung. Betreuungsschlüssel und finanzielle Ausstattung der Ambulanzen liegen in NRW im Bundesdurchschnitt aber eher im unteren Bereich.

Aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für den Verlauf der Nachsorge bedürfen die forensischen Ambulanzen dringend weiterer Evaluation. Neben vergleichenden Studien zu verschiedenen Ambulanzkonzepten hinsichtlich Effektivität, Prozess- und Strukturqualität sollten weitere Untersuchungen zu poststationären Prognosefaktoren folgende Kriterien erfüllen: prospektives längsschnittliches Design, große Stichprobe, wiederholte Befragungen und Verlaufserhebungen ausgewählter Risiko- und Schutzfaktoren sowie eine periodische Rückfallstatistik anhand von BZR-Auszügen.

Literatur

- Adler, L.; Helms, W.; Anis, S. et al. (1997): Lebenswege nach § 63 StGB untergebrachter Patienten. In: Werkstattsschriften für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 4 (1997): 5-32
- Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W.; Weiber, R. (2006): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Springer Verlag, Berlin 2006
- BAG – Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (2009): Forensisch-psychiatrische Ambulanzen in Deutschland
- Bezzel, A. (2008): Therapie im Maßregelvollzug – und danach? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB). Dissertation, Universität Regensburg. <http://www.opus-bayern.de/uni-regensburg/volltexte/2009/1096/>
- Bortz, J.; Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006
- Bjorkly, S. (2004): Risk management in transitions between forensic institutions and the community: A literature review and an introduction to a milieu treatment approach. In: International Journal of Forensic Mental Health (2004): 67-75
- Boers, K. (2009): Delinquenz im Lebensverlauf. In: Kröber, H.-L.; Dölling, D.; Leygraf, N.; Sass, H. (Hg.): Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Band 4. Kriminologie und Forensische Psychiatrie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2009
- Boers, K.; Lösel, F.; Remschmidt, H. (2009): Schwerpunktheft Entwicklungskriminologie und kriminologische Lebenslaufforschung. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 2009, Heft 2,3
- Boetticher, A.; Kröber, H.-L.; Müller-Isberner, R.; Böhm, K.M.; Müller-Metz, R.; Wolf, T. (2006): Mindestanforderungen für Prognosegutachten. Neue Zeitschrift für Strafrecht 26: 537-592.
- Cabeza, S.G. (1998): Kriminalprävention durch ambulante Kriminaltherapie. In: Müller-Isberner, R.; Cabeza, S.G. (Hrsg.): Forensische Psychiatrie. Schuldfähigkeit. Kriminaltherapie. Kriminalprognose. Forum Verlag, Godesberg 1998
- Crome, A. (2006): Forensische Patienten in der Allgemeinpsychiatrie. In: Saimeh, N. (Hg.): Gesellschaft mit beschränkter Haftung. 21. Eickelborner Fachtagung. Psychiatrie Verlag, Bonn 2006: 66-79
- Cronbach, L.J. (1982): Designing Evaluation of Educational and Social Programs. Josey-Bass, San Francisco 1982
- Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen (Hg.): Grundsätze für Lockerungsentscheidungen in Maßregelvollzugseinrichtungen. Stand 18.09.03
- Dahle, K. P. (2006): Grundlagen und Methoden der Kriminalprognose. In: Kröber, H. L.; Dölling, D.; Leygraf, N.; Saß, H. (Hg.): Handbuch der Forensischen Psychiatrie; Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie. Steinkopff, Stuttgart 2006: 1-67
- DeGEval - Deutsche Gesellschaft für Evaluation (2002): Standards für Evaluation (online-dokument). <http://www.degeval.de/standards>
- DeMatteo, D.; Heilbrun, K.; Marczyk, G. (2005): Psychopathy, risk of violence, and protective factors in a noninstitutionalized and noncriminal sample. International Journal of Forensic Mental Health, 2005 (2): 147-157
- De Vogel, V.; de Ruiter, C.; Boumann, Y.; de Vries Robbe, M. (2010): SAPROF – Leitlinien für die Erfassung von protektiven Faktoren bei einem Risiko für gewalttätiges Verhalten. Forum Educatief, Utrecht 2010
- Dessecker, A. (1996): Sind Maßregelpatienten gefährlich? Bewährungshilfe 43 (1996): 17-30
- Dessecker, A. (1997): Straftäter und Psychiatrie. Eine empirische Untersuchung zur Praxis der Maßregel gemäß § 63 StGB im Vergleich mit der Maßregel gemäß § 64 StGB und sanktionslosen Verfahren. Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden 1997
- Dessecker, A. (2008): Lebenslange Freiheitsstrafe, Sicherungsverwahrung und Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus: Dauer und Gründe der

- Beendigung. Ergebnisübersicht zur bundesweiten Erhebung. Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden 2006
- Dimmek, B.; Bargfrede, H. (1993): Modellprojekt Ambulante Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten im Rahmen der Beurlaubung oder Entlassung auf Bewährung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 49. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1996
- Dimmek, B.; Duncker, H. (1996): Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzuges. *Recht & Psychiatrie* 14 (1996): 50-56
- Dimmek, B. (2007): Ambulante Behandlung forensisch-psychiatrischer Patienten in Westfalen-Lippe. Stichtagserhebung zum 30.09.2006. LWL-Maßregelvollzugsabteilung Westfalen, Münster 2007
- Dittmann, V. (1999): Was kann die Kriminalprognose heute leisten? In: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie (Hg.): *Gemeingefährliche Straftäter*. Verlag Rüegger, Chur - Zürich 1999
- Dönisch-Seidel, U.; Hollweg, T. (2003): Nachsorge und Wiedereingliederung von (bedingt) entlassenen Maßregelvollzugspatienten in Nordrhein-Westfalen. In: *Recht & Psychiatrie* 21 (2003): 14-17
- Dünkel, F.; Geng, B. (1994): Rückfall und Bewährung von Karrieretätern nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und aus dem Maßregelvollzug. In: Steller, M.; Dahle, K.-P.; Basque, M. (Hg.): *Straftäterbehandlung*. Centaurus Verlag, Pfaffenweiler 1994: 35-59
- Egg, R. (2007): Rückfälligkeit nach Straf- und Maßregelvollzug. In: Lösel, F.; Bender, D.; Jehle, J.-M. (Hg.): *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik. Entwicklungs- und Evaluationsforschung*. Forum Verlag Godesberg, Mönchengladbach 2007: 247-268
- Farrington, D.P.; Loeber, R. (2000): Epidemiology of juvenile violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2000 (4):733-748
- Freese, R. (2003): Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. *Psychiatrische Kriminaltherapie*, Band 2. Papst Science Publisher, Lengerich 2003
- Freese, R. (2004): Therapeutische und finanzielle Effizienz ambulanter Kriminaltherapie. Die forensische Ambulanz Hessen. In: Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, Mainz 2004: 81-95
- Freese, R. (2009): Protokoll des 19. Treffen der überregionalen ArGe ‚Nachsorge‘, 13.11.2009, Bremen
- Freese, R. (2010): Nachsorge ehemals strafgerichtlich untergebrachter Menschen in Deutschland – formale Strukturen, Inhalte und Überlegungen. In: Hahn, G.; Stiel-Glenn, M. (Hg.): *Ambulante Täterarbeit – Intervention, Risikokontrolle und Prävention*. Psychiatrie Verlag Bonn, 2010: 126-149
- Fromberger, P.; Müller, J.L. (2007): Sollen/Dürfen/Müssen wir forschen? Juristische, ethische und wissenschaftliche Aspekte der Erforschung von forensisch relevanten Störungen. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 1 (2007): 276-280
- Gendreau, P.; Goggin, C.; Gray, G. (2000): *Cases needs review: Employment domain*. University of New Brunswick, Saint John New Brunswick 2000
- Glueck, S.; Glueck E. (1950): *Unraveling juvenile delinquency*. Oxford University Press, London 1950
- Gretenkord, L. (2001): Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB (EFP-63). Deutscher Psychologen Verlag, Bonn 2001
- Hahn, G. (2007): Rückfallfreie Sexualstraftäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemals im Maßregelvollzug behandelten Patienten. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007
- Hahn, G. (2010): Ambulante Nachsorge psychisch und suchtkranker StraftäterInnen in Deutschland. Stichtagserhebung ‚Forensische Fachambulanzen 2009‘. In: *Klinische Sozialarbeit* 6 (2010): 8-12
- Hare, R. D. (1991): *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Multi-Health Systems, New York - Toronto 1991

- Hartl, C. (2010): Forensische Patienten lügen nicht! Wie glaubhaft sind Aussagen entlassener Patienten? In: Saimeh, N. (Hg.): Kriminalität als biographisches Scheitern - Forensik als Lebenshilfe? Materialien der 25. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Bonn 2010: 237-247
- Heinz, G., Keweloh, H., Schlichting, M. (1996): 25 Jahre offene Maßregelbehandlung in Göttingen - Klinische Erfahrungen und Ergebnisse. *Recht & Psychiatrie* 14 (1996): 38-44
- Heinz, W. (2009): Kriminalität und Kriminalitätskontrolle in Deutschland. In: Kröber, H.-L.; Dölling, D.; Leygraf, N.; Sass, H. (Hg.): Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 4. Kriminologie und Forensische Psychiatrie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2009: 1-133
- Hilgers, M. (2007): Supervision im Maßregelvollzug - Ein Erfahrungsbericht. *Recht & Psychiatrie* (2007): 17-23
- Hiltermann, E.L.B. (2000): Back to square one. A study into the prediction of serious recidivism during leave by Dutch forensic psychiatric patients. *Tijdschrift voor criminologie* 42 (2000): 232-252
- Hodgins, S.; Müller-Isberner, R. (2004): Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry* 185 (2004): 245-250
- Hodgins, S. et al. (2007): A Multisite Study of Community Treatment Programms for Mentally Ill Offenders with Mayor Mental Disorders. *Criminal Justice and Behavior* 34 (2007): 211-228
- Hollweg, T. (2010): Die Zusammenfassung von ‚Longasty‘-Patienten - Chance oder Irrweg? Vortrag anlässlich der Tagung ‚Mythos Langzeitpatient‘. In: Reader zur gleichnamigen Fachtagung am 24.06.2010, LVR-Klinik Düren
- Hourtz, M. (2003): Die Rehabilitanden der forensischen Ambulanz Düren zwischen 1990 und 2002. unveröffentl. Masterarbeit. Langerwehe 2003
- Jacobsen, H. F. (1985): Führungsaufsicht und ihre Klientel. Heymann, Köln 1985
- Jehle, J.-M. (2007): Methodische Probleme einer Rückfallforschung aufgrund von Bundeszentralregisterauszügen. In: Lösel, F.; Bender, D.; Jehle, J.-M. (Hg.): Kriminologie und wissenschaftliche Kriminalpolitik. Entwicklungs- und Evaluationsforschung. Forum Verlag Godesberg, Mönchengladbach 2007: 227-246
- Jehle, J.-M.; Heinz, W.; Sutterer, P. (2003) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine kommentierte Rückfallstatistik. Bundesministerium der Justiz Forum-Verlag, Bad Godesberg 2003
- Jockusch, U. (1996): Neue Ergebnisse zur Rückfalldelinquenz forensischer Patienten. Vortrag anlässlich des DGPPN-Kongresses, 17-21.09.1996, Düsseldorf
- Jockusch, U.; Keller, F. (2001): Praxis des Maßregelvollzuges nach § 63 StGB. Unterbringungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit. In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 84 (2001): 453-465
- Kandel, E.; Mednick, S.A.; Kirkegaard-Sorensen, L. et al. (1988): IQ as a protective factor for subjects at high risk for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (1988): 224-226
- Knahl, A. (1997): Nachsorge forensisch-psychiatrischer Patienten. Synopse der Modellerprobungen des BMG. Ergebnisse und Empfehlungen. Band 82 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1997
- Knecht, G. (2004): Psychisch kranke Straftäter. In: *Psychologie heute* (2004): 67-70
- Koller, M. (2005): Zur gerichtlichen Praxis der Einweisung in den und der Entlassung aus dem Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB und zur Bedeutung von Begutachtung und Prognostik. In: Wegsperrern für immer. Reader einer Fachtagung der Gewerkschaft ver.di im Jahre 2005 (im Internet hinterlegt)
- Koller, M. (2010): Rechtliche Rahmenbedingungen der Nachsorge - Aufgaben von Führungsaufsicht und Strafvollstreckungskammer. Vortrag anlässlich des

- Zertifikatskurses der DGSP zur komplementären Nachsorge psychisch kranker Straftäter, Köln 2010
- Kröber, H.-L. (2008): Kann man die akute Gefährlichkeit schizophrener Erkrankter erkennen? In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 2 (2008): 128-136
- Kröber, H.-L. (2009): Zusammenhänge zwischen psychischer Störung und Delinquenz In: Kröber, H.-L.; Dölling, D.; Leygraf, N.; Sass, H. (Hg.): Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Band 4. Kriminologie und forensische Psychiatrie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2009: 312-338
- Kröger, U. M. & Niemantsverdriet, J. R. (2001): Neue Wege der Resozialisierung: Kurze Verweildauer - lange Nachsorge. In: Osterheider, M. (Hg.): 15. Eickelborner Fachtagung, Dortmund 2001: 81-91
- Kröger, U. (2004): Transmurale Behandlung in einer Maßregelvollzugsklinik in den Niederlanden. In: Osterheider, M. (Hg.): Aufbruch oder Stillstand? 19. Eickelborner Fachtagung, Dortmund 2004: 134-143
- Kröniger, S. (2005): Lebenslange Freiheitsstrafe, Sicherungsverwahrung und Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Dauer und Gründe der Beendigung. Ergebnisübersicht zur bundesweiten Erhebung. KrimZ, Wiesbaden 2005
- Kutscher, S.-U.; Seifert, D. (2007): Zur aktuellen Situation schizophrener Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen. In: Saimeh (Hg.): 22. Eickelborner Fachtagung. Psychiatrie Verlag, Bonn 2007: 130-137
- Lambert, M.; Naber, D.; Bock, T. et al. (2010): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen: das Hamburger Modell. In: Amelung, V.E.; Bergmann, F.; Hauth, I. et al. (Hg.): Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2010
- Lau, S. (2003): Wirkt ambulante Kriminaltherapie? Literaturübersicht zur Effektivität gemeindenaher rückfallpräventiver Maßnahmen bei Straftätern und psychisch kranken Rechtsbrechern. Psychiatrische Praxis 30 (2003): 119-126
- Laub, J. H.; Sampson, R. J. (2006): Shared Beginnings, Divergent Lives. Delinquent Boys to Age 70. First Harvard University Press Paperback edition, 2006
- Leygraf, N. (1988): Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Springer, Berlin - Heidelberg - New York 1988
- Leygraf, N.; Windgassen, K. (1988): Betreuung oder Überwachung: Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzuges? Bewährungshilfe 35 (1988): 341-351
- Leygraf, N. (2002): Verschiedene Möglichkeiten, als nicht therapierbar zu gelten. Recht & Psychiatrie 20 (2002): 3-7
- Leygraf, N. (2006): Maßregelvollzug und Strafvollzug. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten. In: Kröber, H.-L.; Dölling, D.; Leygraf, N.; Sass, H. (Hg.): Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Bd. 3. Steinkopff, Darmstadt 2006: 242-288
- Lee, D.T. (2003): Community-treated and discharged forensic patients: an 11-year follow-up. In: International Journal of Law and Psychiatry 23 (2003): 289-300
- Lederer, J.; Dittmann, V.; Graf, M. (2010): Die Problematik der Löschung von Strafregistereinträgen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 93 (2010): 442-460
- Lösel, F. (1998): Evaluation der Straftäterbehandlung. Was wir wissen und noch erforschen müssen. In: Müller-Isberner, R.; Cabeza, S.G. (Hg.): Forensische Psychiatrie. Schuldfähigkeit. Kriminaltherapie. Kriminalprognose. Forum Verlag, Godesberg 1998
- Lösel, F.; Bender, D. (1997): Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In: Steller, M.; Volbert, R. (Hg.): Psychologie im Strafverfahren. Verlag Hans Huber, Bern 1997
- Lösel, F.; Bender, D. (1999): Protective Factors and Resilience, In: Farrington, D.P.; Coid, J. (eds.): Prevention and adult anti-social Behaviour. Cambridge University Press, Cambridge 1999

- Lösel, F.; Bender D.(2000): Protektive Faktoren gegen Delinquenzentwicklungen. In: Jehle, J.-M. (Hg.): Täterbehandlung und neue Sanktionsformen. Forum Verlag Godesberg, Mönchengladbach 2000
- Lohmer, M.; Wernz, C. (2000): Zwischen Veränderungsdruck und Homöostaseneigung: Die narzisstische Balance in therapeutischen Institutionen. In: Lohmer, M. (Hg.): Psychodynamische Organisationsberatung, Stuttgart 2000
- Lubek, U. (2008): Forensische Nachsorgeambulanzen im Rheinland. Vorlage für die 'Kommission Forensik'. Sitzung vom 09.05.2008
- LVR-Klinik Düren; Maßregelvollzugsamt LVR (2010): ‚Mythos Langzeitpatient‘. Fachtagung LVR-Klinik Düren, 24.06.2010
- LWL-Maßregelvollzugsabteilung Westfalen; LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen, LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen (2008): Versorgungsstrukturen für Patientinnen und Patienten gem. § 63 StGB / 126a StPO. Stand: 01.03.2008
- Monahan, J.; Steadman, H.J.; Silver, E. et al. (2001): Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence. Oxford University Press, New York 2001
- Müller-Isberner, R.; Lomb, J.; März, S.; Tansinna, A. (1993): Ambulante Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe* 40 (1993): 175-185
- Müller-Isberner, R.; Eucker, S. (2004): Prinzipien effizienter Kriminaltherapie. In: Ministerium für Justiz (Hg.): Maßregelvollzug – Ein neuer Weg oder einfach nur weg? Saarbrücken 2004, 21-30
- Müller-Isberner, R.; Venzlaff, U. (2009): Schizophrenie, schizoaffektive und wahnhaftige Störungen. In: Venzlaff, U.; Förster, K. (Hg.): Psychiatrische Begutachtung. Urban & Fischer, München 2009
- Müller-Isberner, R.; Eucker, S. (2009): Therapie im Maßregelvollzug. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009
- Murdoch, D.; Phil, R.; Ross, D. (1990): Alcohol and crimes of violence: present issues. *International Journal of the Addictions* 25 (1990): 1075-1081
- Nedopil, N.: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1996
- Nedopil, N. (2001): Rückfallprognose bei Straftätern. In: *psycho* 27 (2001): 363-369
- Nedopil, N. (2008): Ambulante Nachsorge forensischer Patienten. Stand des Wissens. Vortrag anlässlich des Seminars ‚Ambulante Nachsorge‘ des Bildungswerkes der Bayerischen Bezirke, Irsee
- Nedopil, N. (2010): Der Einfluss der Forschung auf die Praxis der Forensischen Psychiatrie. In: Saimeh, N. (Hg.): Kriminalität als biographisches Scheitern - Forensik als Lebenshilfe? Materialien der 25. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Bonn 2010: 35-49
- Nedopil, N.; Banzer, K. (1996): Outpatient Treatment of Forensic Patients in Germany: Current Structure and Future Developements. *International Journal of Law and Psychiatry* 19 (1996): 75-79
- Nothbaum, N. (2008): Statistische Methoden der Gesundheitswissenschaften. Nothbaum GmbH, Essen 2008
- Oddone-Paolucci, E.; Violato, C.; Schofield, M. A. (2000): A review of marital and family variables as they relate to adult criminal recidivism. Calgary, 2000
- Philipse, M.W.G.; Koeter, M.W.J.; van der Staak, C.P.F.; van den Brink, W. (2006): Static and dynamic patient characteristics as predictors of criminal recidivism: A prospective study in a Dutch forensic psychiatric sample. *Law and Human Behavior* 30 (2006): 309-327
- Pörksen, N.; Scholz, W. (2003): Wer hat den Schwarzen Peter? Zur (Un-)Verbindlichkeit in der Nachsorge forensischer Patienten. *Recht & Psychiatrie* 2 (2003): 47-51

- Quinsey, V. L.; Harris, G. T.; Rice, M. E.; Cormier, C. A. (2001): Violent offenders: appraising and managing risk. *The Journal of Psychiatry and Law* 28 (2001): 503-507
- Ritzel, G. (1978): Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher. Habilitationsschrift, Universität Göttingen 1978
- Richter, P.; Scheurer, H.; Kröber, H.-L.; Saß, H. (1993): Intelligenz und Delinquenz. Ein Beitrag zur Rückfallprognose. In: *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie* 52 (1993): 25-30
- Rogers, R. (2000): The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law Human Behavior* 24 (2000): 595-605
- Ross, T.; Pfäfflin, F. (2005): Risk assessment im Maßregelvollzug: Grenzen psychometrischer Gefährlichkeitsprognosen im therapeutischen Umfeld. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 88 (2005): 1-11
- Rutter, M. (1985): Resilience in the Face of Adversity. Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry* 147 (1985): 598-611
- Saimeh, N. (2001): Zwischen Psychiatrie und Forensik. Können wir die Kluft überwinden? *Soziale Psychiatrie* (2001): 15-19
- Salekin, R.; Lochman, J. (2008) Child and Adolescent Psychopathy: The Search for Protective Factors. *Criminal Justice and Behavior* 35 (2008): 159-172
- Schalast, N.; Seifert, D.; Leygraf, N. (2007): Patienten des Maßregelvollzugs gemäß §63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 1 (2007): 34-42
- Schellbach-Matties, R.; Pelzer, W.; Schmidt-Quernheim, F.; Houtz, M.; Hax-Schoppenhorst, T. (1995): Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 50, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1995
- Schmidt-Quernheim, F. (2005): Nach dem Spiel ist vor dem Spiel. Über den Mythos des Neuanfangs und die Notwendigkeit einer Forensischen Ambulanz. *Recht & Psychiatrie* 23 (2005): 140-145
- Schmidt-Quernheim, F. (2007): Kommunizierende Röhren – Vom schwierigen Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug. *Beobachtungen aus der Sicht einer forensischen Ambulanz. Psychiatrische Praxis* 34 (2007): 218-222
- Schmidt-Quernheim, F.; Hax-Schoppenhorst, T. (2008): Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug. Huber Verlag, Bern 2008
- Schmidt-Quernheim, F. (2010): Mit einem Bein (wieder) in der Forensik?! Forensische Vor- und Nachsorge in der Gemeindepsychiatrie. In: Hahn, G.; Stiehl-Glenn, M. (Hg.): *Ambulante Täterarbeit – Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Psychiatrie Verlag, Bonn* 2010: 150-171
- Schumann, V. (1983): Psychisch kranke Rechtsbrecher. Eine Querschnittserhebung im Maßregelvollzug. Enke, Stuttgart 2003
- Seifert, D.; Jahn K.; Bolten S. (2001): Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB). *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 69 (2001): 245-255
- Seifert, D.; Schiffer, B.; Leygraf, N. (2003): Plädoyer für die forensische Nachsorge. *Psychiatrische Praxis* 30 (2003): 235-241
- Seifert, D.; Bolten, S.; Möller-Mussavi, S. (2003a): Gescheiterte Wiedereingliederung nach Behandlung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB). *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 86 (2003): 127-137
- Seifert, D.; Möller-Mussavi S.; Bolten, S. (2003b): Aus dem Maßregelvollzug entlassene Sexualstraftäter. *Sexuologie* 10 (2003): 14-20
- Seifert, D.; Schiffer, B.; Bode, G.; Schmidt-Quernheim, F. (2005): Forensische Nachsorge – unverzichtbar, wenn es um die Entlassung eines psychisch kranken Rechtsbrechers geht. *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 25 (2005): 125-128

- Seifert, D.; Möller-Mussavi, S. (2006): Führungsaufsicht und Bewährungshilfe – Erfüllung gesetzlicher Auflagen oder elementarer Bestandteil forensischer Nachsorge? NStZ 3 (2006): 131–36
- Seifert, D. (2007): Gefährlichkeitsprognosen – Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Steinkopff, Darmstadt 2007
- Seifert, D. (2007a): Helfen uns klinische Prognosekriterien bei der Gefährlichkeitseinschätzung behandelter forensischer Patienten (§ 63 StGB). Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 1 (2007) Heft 1: 27–33.
- Seifert, D. (2010): Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB). Aktuelle Daten der Essener prospektiven Prognosestudie. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 4 (2010) Heft 1: 60–69.
- Steinböck, H.; Groß, G.; Nedopil, N. et al. (2004): Ambulante Betreuung forensischer Patienten – Vom Modell zur Institution. Recht & Psychiatrie 4 (2004): 199–207
- Steller, M. (1994): Behandlung und Behandlungsforschung. Einführung. In: Steller, M.; Dahle, K.-P.; Basque, M. (Hg.): Straftäterbehandlung. Centaurus Verlag, Pfaffenweiler 1994: 3–12
- Stübner, S.; Nedopil, N. (2009): Ambulante Sicherungsnachsorge. Begleituntersuchung eines forensischen Modellprojektes in Bayern. In: Psychiatrische Praxis 36 (2009): 317–319
- Swanson, J. W.; Swartz, M.S.; Holzer, C.E.; Borum, R. et al. (1998): Psychiatric impairment, social contact: Evidence from a study out-patient committed persons with severe violent behavior. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 33 (1998): 86–94
- Swanson, J. W.; Swartz, M.S.; Borum R. et al. (2000): Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. British Journal of Psychiatry 176 (2000): 324–331
- Tschuschke, V. (2005): Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Psychotherapeutenjournal 4 (2005): 106–115
- Ward, T.; Stewart, C.A. (2003): Good lives and the rehabilitation of sexual offenders. In Ward, T.; Laws, D.R.; & Hudson, S.M. (Hg.): Sexual deviance: issues and controversies. Thousand Oaks, Sage 2003: 21–44
- Warmuth, M.: Drei Jahre forensisch-psychiatrische Ambulanz in West-Berlin. Recht & Psychiatrie 8 (1990): 109–120
- Webster, C.D.; Douglas, K.S.; Eaves, D.; Hart, S. D. (1997): The HCR-20 Scheme. The assessment of dangerousness and risk. Simon Fraser University, Burnaby Mental Health, Law and Policy Institute, Vancouver 1997
- Wiederanders, M.; Bromley, D.; Choate, P. (1997): Forensic Conditional Release Programs and Outcomes in Three States. International Journal of Law and Psychiatry 20 (1997): 249–257
- Yoon, D.; Spehr, A.; Briken, P. (2009): Against Risk - Only Risk Assessment. Vortrag anlässlich der 24. Herbsttagung der AGFP, München 2009

7 Anhang

Tab.A-1 : Deliktgruppen im Vergleich

Hauptdelikte		Entlassene Maßregelpatienten				Untergebrachte Maßregelpatienten			
		Ambulanz- studie		Bundesgebiet 2006 ¹		NRW 2006 ²		Bundesgebiet 2006 ³	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tötungsdelikte		33	28,7	78	16,7	342	20,7	395	19
Körperverletzung		30	26,1	126	26,9	406	24,5	582	28
Sexualde- likte	ohne Gewalt	4	3,5	40	8,5	454	27,5	601	29
	mit Gewalt	13	11,3	45	9,6				
Eigentums- delikte	ohne Gewalt	6	5,2	39	8,3	72	4,4	83	4
	mit Gewalt	9	7,8	31	6,6	159	9,6	125	6
Brandstiftung		17	14,8	51	10,9	157	9,5	208	10
Sonstige		3	2,6	58	12,4	65	3,9	82	4
Gesamt		115	100	468	100	1655	100	2076	100

¹Dessecker 2008, 76

² Stichtagserhebung LB MRV-NRW 31.12.2006

³ Stichtagserhebung Leipziger

Tab.A-2: Diagnosen im Vergleich

Hauptdiagnosen	Entlassene Maßregelpatienten				Untergebrachte Maßregelpatienten			
	Ambulanz- studie		Bundesgebiet 2006¹		NRW 2006²		Bundesgebiet 2006³	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Organische Störungen	10	8,7	35	10,9	44	2,7		
Schizophrenie	65	56,6	143	44,6	746	45,1		41
Affektive Störungen	4	3,5	4	1,2	21	1,3		
Persönlichkeitsstörungen	27	23,5	102	31,8	572	34,5		35
Intelligenzminderungen	9	7,8	30	9,3	131	7,9		12
Substanzmissbrauch			7	2,2	86	5,2		
Sonstige					55	3,4		
	115	100	321	100	1655	100	2076	88

¹ Seifert, Essener Prognosestudie 2010² Stichtagserhebung LB MRV-NRW 31.12.2006³ Stichtagserhebung Leipziger

Tab. A-3: Geschlecht und Nationalität im Vergleich

		Entlassene Maßregelpatienten				Untergebrachte Maßregelpatienten			
		Ambulanz- studie NRW		Bundesgebiet 2006 ¹		Nordrhein- Westfalen 2006 ²		Bundesgebiet 2006 ³	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Geschlecht	Männer	110	95,7	439	91,8	1494	94,4	5301	93,5
	Frauen	5	4,3	39	8,2	89	5,6	368	6,6
	Gesamt	115	100	478	100	1583	100	5669	100
Nationalität	Deutsche	96	83,5	424	88,7			nicht erhoben	
	Nicht- Deutsche	19	16,5	54	11,3				
	Gesamt	115	100	478	100	1583	100	5669	100

¹ Dessecker 2008,75² Statistisches Bundesamt 2006, Fachserie 10, Reihe 4.1, 3³ Statistisches Bundesamt 2006, Fachserie 10, Reihe 4.1, 32: Untergebrachte (31.03.2006) früheres Bundesgebiet - HE + MV

Tab.A-4: Altersverteilung im Vergleich

Altersgruppe	Entlassene Maßregelpatienten				Untergebrachte Maßregelpatienten			
	Ambulanz- studie NRW		Bundesgebiet 2006 ¹		Nordrhein- Westfalen 2006		Bundesgebiet 2006 ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
unter 21	1	0,9	6	1,3	nicht erhoben		516	8,7
21 - 25	4	3,4	20	4,2				
26 -30	9	7,8	44	9,2			719	12,2
31 - 40	41	35,7	138	28,9			1837	31,1
41 - 50	36	31,3	148	31,0			1768	29,9
51 - 60	18	15,7	76	15,9			734	12,4
61 - 70	5	4,3	28	5,9			260	4,4
ab 70	1	0,9	18	3,8			83	1,4
Gesamt	115	100	478	100			5917	100
Mean	42,6		42,4				42,5	

¹ Dessecker 2008, 75² Statistisches Bundesamt 2006, Fachserie 10, Reihe 4.1, 32

Tab.A-5: Vergleich der Delikte der Zustimmer (n=115) mit den Nicht-Zustimmern (n=108)

	Zustimmer (n=115)		Nicht-Zustimmer (n=108)	
	n	%	n	%
Tötungsdelikte	33	28,7	31	28,7
Körperverletzungen	30	26,1	22	20,4
Sexualdelikte	17	14,8	19	17,6
<i>davon:</i>				
ohne Gewalt	4	3,5	5	4,6
mit Gewalt	13	11,3	14	13
gegen Frauen	11	9,6	11	10,2
gegen Kinder	6	5,2	8	7,4
Eigentumsdelikte	15	13	19	17,6
<i>davon:</i>				
ohne Gewalt	6	5,2	10	9,3
mit Gewalt	9	7,8	9	8,3
Brandstiftungen	17	14,8	13	12
Sonstige	3	2,6	4	28,7

Tab.A-6: Vergleich der Rückfall- mit den Anlassdelikten bei den Nicht-Zustimmern (n=18)

	Erneute Straftat	Anlassdelikt
1	sexueller Missbrauch von Kindern	sexueller Missbrauch von Kindern
2	sexueller Missbrauch von Kindern	sexueller Missbrauch von Kindern
3	Exhibitionismus	sexueller Missbrauch von Kindern
4	sexuelle Nötigung	sexueller Missbrauch / sexuelle Nötigung
5	Brandstiftung	Schwere Brandstiftung
6	Schwere Brandstiftung	Gefährliche Körperverletzung
7	Beleidigung	unbekannt
8	Einbruchsdiebstahl	Körperverletzung mit Todesfolge
9	Diebstahl	Diebstahl
10	Diebstahl	Schwerer Diebstahl
11	Diebstahl	Mord
12	Betrug	Gefährliche Körperverletzung
13	Betrug	räuberischen Diebstahl
14	Trunkenheit im Verkehr	Schwere Körperverletzung
15	Fahren ohne Fahrerlaubnis	räuberischen Diebstahl
16	Fahren ohne Fahrerlaubnis	Brandstiftung
17	Sachbeschädigung	Schwere Brandstiftung
18	Entziehung elektrischer Energie	gefährliche Körperverletzung

Tab.A-7: Soziodemographische Daten Auffälliger und Nicht-Auffälliger*

	Auffällige		Vergleichs- gruppe Nicht- Auffälliger		Gesamtgruppe Nicht- Auffälliger	
	n=22		n=22		n=88	
Unvollständige Primärfamilie	11	50%	12	54,5	36	40,9%
	n=23		n=23		n=91	
Verhaltensauffälligkeiten	11	47,8%	9	39,1	33	36,3%
Schulbildung:	n=22		n=22		n=89	
kein Schulbesuch	6	27,3%	3	13,6%	10	11,2%
kein Schulabschluss	4	18,2%	8	36,4%	24	27%
Schulabschluss	12	54,5%	11	50%	55	61,8%
Abitur o. Mittlere Reife	1	4,5%	1	4,5%	23	25,9%
Probleme Schulzeit	n=17		n=18		n=73	
	9	52,9%	5	27,8%	24	32,9%
Berufsqualifikation	n=22		n=23		n=88	
keine Qualifikation	18	81,8%	19	83,6%	58	65,9%
Qualifikation	4	18,2%	4	17,3%	30	34,1%
Probleme Arbeitsleben	n=21		n=22		n=87	
(nahezu) nicht gearbeitet	11	52,4%	9	40,9%	42	48,3%
	8	38,1%	7	31,8%	23	26,4%
Frühere stat.-psychiatr. Behandlung	n=23		n=22		n=89	
	17	73,9%	18	81,8%	64	71,9%
Frühere Unterbringung § 63 StGB	n=23		n=23		n=92	
	5	21,7%	4	17,4%	8	8,7%
Frühere Aburteilungen	n=21		n=23		n=92	
Anzahl	19	90,5%	12*	52,2%	50*	54,3%
	MW:11		MW:6		MW:7	
			$\chi^2=6,89$ p<0,05		$\chi^2=8,55$ p<0,05	
Substanzmissbrauch Tatzeitpunkt	n=22		n=21		n=83	
	15	68,2%	11	52,4%	43	51,8%
Besondere Vorkommnisse im Vollzug	n=19		n=18		n=65*	
	11	57,9%	3	16,7%	21	32,3%
					$\chi^2=6,68$; p<0,05	
	MW	Md	MW	Md	MW	Md
Unterbringungsdauer (in Jahren)	8,1	8,5	7,6	7,9	8,5	7,3

* Gruppengrößen variieren hier und in den folgenden Tabellen je nach Datenlage

Zeit nach Entlassung (in Jahren)	4,6	4,3	4,3	4,1	4,3	4,7
Alter (in Jahren):						
bei der Unterbringung/Urteil	n=23 32,1	31,7	n=23 32,4	32,1	n=91 35,3	34,1
z.Z. der 1. stat. Behandlung	n=16 23,3	22,5	n=17 20	20	n=61 25,4	23
z.Z. der 1. dissozial. Auffälligkeit	n=18 16,3	16	n=15 18,6	16	n=55 19,7	18

Anmerkung: %-Unterschiede wurden grundsätzlich ab einer Differenz von 10 % auf Signifikanz geprüft. Bei Kreuztabellen wurde als Assoziationsmaß Cramers V verwendet, das ab einem Wert $>.20$ als ausreichend aussagekräftig betrachtet wurde, das Signifikanzniveau wird jeweils gesondert ausgewiesen.

*= $p < 0,05$ % = signifikantes Ergebnis

**= $p < 0,01$ % = hochsignifikantes Ergebnis

Tab.A-8: Vergleich der Gruppen Auffälliger vs. Nicht-Auffälliger hinsichtlich ‚Wohnen‘ und ‚Arbeiten‘

	Auffällige		Vergleichs- gruppe Nicht- Auffälliger		Gesamt- gruppe Nicht- Auffälliger	
Wohnsituation vor Unterbringung	n=22		n=23		n=87	
alleinstehend	8	36,4%	9	39,1%	25	28,7%
mit Partner o. Familie	5	22,7%	2	8,7%	16	18,4%
mit Primärfamilie	4	18,2%	7	30,4%	28	32,2%
Allgemeinpsychiatrie	0	0	1	4,3%	2	2,3%
Wohnheim	2	9,1%	1	4,3%	2	2,3%
BeWo	0	0	1	4,3%	2	2,3%
Obdachlos(-enunterkunft)	2	9,1%	2	8,7%	10	11,5%
JVA	0	0	0	0	1	1,1%
Maßregelvollzug	1	4,5%	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	1	1,1%
Erwerbstätigkeit vor Unterbringung	n=22		n=22		n=87	
arbeitslos	13	59,1%	14	63,6%	53	60,9%
Gelegenheitsarbeiten	0	0	1	4,5%	3	3,4%
reguläre Beschäftigung	3	13,6%	3	13,6%	12	13,8%
Ausbildung	1	4,5%	1	4,5%	3	3,4%
stationäre AT o.ä.	1	4,5%	0	0	4	4,6%
geschützte Werkstatt o.ä.	1	4,5%	2	9,1%	4	4,6%
Rentner	3	13,6%	1	4,5%	8	9,2%

Tab.A-9: Nachsorgesituation im Vergleich

		Auffällige		Vergleichs- gruppe Nicht- Auffälliger		Gesamtgruppe Nicht- Auffälliger	
		n=23	%	n=23	%	n=92	%
Zugang zur Nachsorge, rechtlich							
Bewährungsentlassung gung	Erledi-	19	82,6	21	91,3	81	88
		2	8,7	1	4,3	2	2,2
	primäre Aussetzung	2	8,7	1	4,3	9	9,8
vorherige Langzeitbeurlaubung		16	69,6	20	87,1	72	78,3
Rückverlegungen		4	19	6	26,1	22	23,9%
Nachsorge durch							
Forensische MRV-Ambulanz		11	47,8	15	65,2	58	63,1
Forensische AP-Ambulanz		5	21,7	2	8,7	8	8,7
Stationstherapeut for. AP		7	30,4	6	26,1	24	26,1
Führungsaufsicht (Jahre)		n=19		n=23		n=92	
		MW		MW		MW	
		4,4		4,7		4,6	
Ende FA (erfolgreich)		n=23	%	n=23	%	n=92	%
trifft zu		0		8	34,8	38	41,3
trifft nicht zu		23	100	15	65,2	54	58,7
Weisungen StVK		n=22	%	n=23	%	n=92	%
Forensische Ambulanz		21	95,5	22	95,7	81	88
Wohnen		15	68,2	15	65,2	72	78,3
Arbeit/Beschäftigung		9	40,9	13	56,5	49	53,3
Behandlung		14	63,6	16	69,6	66	71,7
Psychotherapie		1	4,5	1	4,3	11	12
Verbot von Alkohol/Drogen		13	59,1	16	69,6	55	59,8
Screening, insgesamt		11	50	5*	21,7	24*	26,1
				$\chi^2=4,77; p<0,05$		$\chi^2=4,77; p<0,05$	
Kontrolltest Alk/Drogen, spez.		9	40,9			19	20,7
Selbsthilfegruppe		1	4,5	3	13	6	6,5
Gesetzliche Betreuung		n=21	%	n=23	%	n=92	%
keine Betreuung		10	47,6	12	52,2	49	53,3
ein Betreuungsbereich		2	9,5	2	8,7	4	4,3
mehrere Bereiche		2	9,5			5	5,4
umfassende Betreuung		7	33,3	9	39,1	34	37
Psychiatrische Behandlung durch		n=23	%	n=23	%	n=92	%
keine		4	17,4	2	8,7	6	6,5

Forensische Ambulanz	12	52,2	8	34,8	44	47,8
Niedergelassener Arzt	2	8,7	5	21,7	13	14,1
Institutsambulanz AP	3	13	5	21,7	14	15,2
Konsiliararzt Heim	2	8,7	3	13	15	16,3
Medikamenten-Compliance	n=14	%	n=17	%	n=75**	%
gute Compliance	4	28,6	12	70,6	53	70,7
Einnahme bei fehlender Einsicht	5	35,7	2	11,8	14	18,7
Unzuverlässig, ständige Diskuss.	2	14,3	1	5,9	3	4
Einnahme unter Aufsicht	3	21,4	2	11,8	5	6,7
$\chi^2=15,55$; $p<0,01$						
Kontrolle von Substanzmissbrauch	n=23	%	n=22	%	n=91*	%
keine Tests. (kein Suchtproblem)	4	17,4	10	45,5	40	44%
keine Tests (geschlossenens WH)	1	4,3	2	9,1	11	12,1%
Tests regelmäßig durchgeführt	7	30,4	2	9,1	12	13,2%
Tests nicht regelmäßig durchgef.	10	43,5	8	36,4	26	28,6%
Tests sporadisch, bei Verdacht	1	4,3	0	0	2	2,2%
$\chi^2=9,29$; $p<0,05$						
Häufigkeit Substanzmissbrauch	n=22	%	n=22*	%	n=88**	%
kein Missbrauch	6	27,3	17	77,3	72	81,8%
einmalig	3	13,5	2	9,1	5	5,7%
sporadisch	5	22,7	2	9,1	10	11,4%
häufig	8	36,3	1	4,5	1	1,1%
$\chi^2=13,75$; $p<0,05$ $\chi^2=39,71$; $p<0,01$						
Häufigkeit Substanzmissbrauch (gruppiert)	n=22	%	n=22**	%	n=88**	%
kein Missbrauch	6	27,3	17	77,3	72	81,8
Missbrauch	16	72,7	5	22,7	16	18,2
$\chi^2=11,02$; $p<0,01$ $\chi^2=25,38$; $p<0,01$						
Partnerschaft	n=22	%	n=23	%	n=92*	%
keine Partnerschaft	9	39,1	14	60,9	57	62,0
feste Partnerschaft	11	47,8	9	39,1	34	37
wechselnde Partnerschaften	3	13			1	1,1
$\chi^2=9,79$; $p<0,05$						
Soziale Kontakte	n=17	%	n=22	%	n=87	%
kontaktarm, aber nicht unzufrieden	2	11,8	3	13,6	19	21,8
sozialer Rückzug als Risikofaktor	1	5,9	2	9,1	4	4,6
Freundschaften, stabilisierend	1	5,9	6	27,3	26	29,8
Sozialkontakte durch Einrichtung	10	58,8	11	50	36	41,4
Ungünstige Kontakte	3	17,6			2	2,3
Kontakte Angehörige	n=23	%	n=23	%	n=92	%
keine Angehörigen	2	8,7	2	8,7	13	14,1
keinen Kontakt	5	21,7	5	21,7	11	12
sporadisch	9	39,1	10	43,5	29	31,5
regelmäßig	7	30,4	6	26,1	39	42,4

Einschätzung Angehörigenkontakt	n=23	%	n=23	%	n=92	%
keine Angehörige (Kontakt)	7	30,4	7	30,4	24	26,1%
förderlich, unproblematische	8	34,8	10	43,5	42	45,7%
problematisch	3	13	2	8,7	11	12%
unklar, ambivalent; nach Pers. unterschiedlich	5	21,7	4	17,3	15	16,3%
Finanzielle Situation	n=22	%	n=22	%	n=90	%
Arbeitseinkommen	2	9	5	22,7	17	18,8
Taschengeld/Grundsicherung	7	31,8	5	22,7	22	24,4
Taschengeld + Zuverdienst	8	36,4	10	45,5	35	39,1
Rente/ Vermögen	5	22,7	2	9	16	17,1
Umgang mit Geld	n=19	%	n=23	%	n=88*	%
keine Probleme	7	36,8	12	52,2	55	62,5
Unzufriedenheit; Verschuldung	8	42,1	5	21,7	16	18,2
Geldeinteilung	4	21,1	6	26,1	17	19,3
					$\chi^2=5,84$; $p<0,05$	
Psychisches Befinden	n=22	%	n=23	%	n=90	%
weitgehend stabil	3	13,6	10	43,5	33	36,3
geringe Schwankungen	3	13,6	6	26,1	30	33
labil, aber kompensiert	3	13,6	2	8,7	9	9,9
häufige Krisen bei Non-Compliance	4	18,2	1	4,3	2	2,2
häufige Krisen, aber Compliance	5	22,7	2	8,7	7	7,7
raptusartige Verschlechterungen	1	4,5	1	4,3	1	1,1
lange stabil, stetig verschlechtert	2	9,1			3	3,3
sonstiges; wechselhaft	1	4,5	1	4,3	1	1,1
zunehmende Chronifizierung					5	5,5
Psychisches Befinden (gruppiert)	n=22	%	n=23*	%	n=91**	%
weitgehend stabil	6	27,3	16	69,6	63	69,2
eher nicht stabil	16	72,7	7	30,4	28	30,8
			$\chi^2=8,05$; $p<0,05$		$\chi^2=13,12$; $p<0,01$	
Freizeit	n=22	%	n=23	%	n=90	%
motiviert, überwiegend sinnvoll	5	22,7	12	52,2	44	48,9
durch externe Motivat. noch ausreichend.	6	27,3	5	21,7	12	13,3
geringe/exzessive Tät.; eher unprobl.	8	36,4	3	13	27	30
problematisch, risikoreich	3	13,6	3	13	7	7,8

Freizeit (gruppiert)	n=22	%	n=23*	%	n=90*	%
überwiegend sinnvoll, motiviert	5	22,7	12	52,2	44	48,9
passiv, problematisch	17	77,3	11	47,8	46	51,1
			$\chi^2=4,15$; $p<0,05$		$\chi^2=4,92$; $p<0,05$	
Helferkonferenzen	n=23	%	n=23	%	n=92	%
finden nicht statt	4	17,4	5	21,7	22	23,9
keine, Einzelkontakte zu Betreuern	5	21,7	3	13	7	7,6
Helferkonferenzen finden statt	13	56,5	15	65,2	59	64,1
keine, Visiten im Heim	1	4,3			4	4,3
Häufigkeit Helferkonferenzen	n=23	%	n=23	%	n=92**	%
regelmäßige Hk finden nicht statt	10	43,5	7	30,4	31	33,7
14-tägig	2	8,7	1	4,3	1	1,1
monatlich	3	13			1	1,1
2monatlich	1	4,3	1	4,3	1	1,1
vierteljährlich	4	17,4	9	39,1	24	26,1
halbjährlich	3	13,0	4	17,4	27	29,3
jährlich			1	4,3	7	7,6
					$\chi^2=17,46$; $p<0,01$	
Häufigkeit von Helferkonferenzen (gruppiert)	n=23	%	n=23*	%	n=92**	%
bis monatlich	5	41,7	1	7,1	2	2
ab vierteljährlich	5	58,3	13	92,9	51	51
			$\chi^2=4,34$; $p<0,05$		$\chi^2=14,62$; $p<0,01$	
Engste Bezugsperson	n=23	%	n=21	%	n=87	%
Forensische. Ambulanz	8	34,8	3	14,3	15	17,2
Bewährungshilfe	2	8,7			1	1,1
Komplementäre Einrichtung	10	43,5	13	61,9	55	63,2
Arzt / Therapeut					3	3,4
gesetzlicher Betreuer	2	8,7	3	14,3	6	6,9
Arbeitsanleiter			1	4,8	3	3,4
sonstige	1	4,3	1	4,8	4	4,6
Fallkoordination	n=23	%	n=23	%	n=90	%
findet statt	14	60,9	13	56,5	51	56,7
keine	9	39,1	10	43,5	39	43,3
Schwerpunkte der Forens. Ambulanz	n=23	%	n=23	%	n=92	%
eigene Behandlung	14	60,9	10	43,5	45	48,9
Case Management	5	21,7	7	30,4	20	21,7
Unterstützung bei Bedarf	4	17,4	6	26,1	25	27,2
unklar					2	2,2

Patientenkontakte	n=23	%	n=23	%	n=92	%
bis 2-wöchentlich-	5	21,7	3	13	17	18,5
monatlich	10	10	10	43,5	37	40,2
2-monatlich	5	5	4	17,4	16	17,4
vierteljährlich	2	2	6	26,1	19	20,7
halbjährlich	1	1			3	3,3
Stationäre Behandlungen	n=23	%	n=23**	%	n=92**	%
trifft nicht zu	5		16	69,6	58	63
trifft zu	18		7	30,4	34	37
			$\chi^2=12,02$; $p<0,01$		$\chi^2=14,40$; $p<0,01$	
Häufigkeit / Dauer der stationären Behandlungen	n=23		n=23		n=92	
Häufigkeit/Anzahl	2,1		5,1		2,9	
Gesamtdauer der Behandlung(Mon.)	n=18 2,9		n=7 6,3		n=33 4	
Anlass der stat. Behandlungen	n=23	%	n=23*	%	n=92**	%
trifft nicht zu	5	21,7	16	69,6	59	64,1
beginnende Erkrankung	5	21,7	5	21,7	27	29,3
deliktnahe Verhalten	3	13	1	4,3	2	2,2
Verstoß gegen Weisungen	2	8,7				
zunehmende non-compliance	2	8,7			1	1,1
Substanzmissbrauch	5	21,7	1	4,3	3	3,3
Entweichung	1	4,3				
			$\chi^2=17,42$; $p<0,05$		$\chi^2=25,64$; $p<0,01$	
Anlass weiterer stat. Behandlungen	n=23	%	n=23*	%	n=91**	%
trifft nicht zu	12	52,2	20	87	80	87,9
beginnende Erkrankung			1,	4,3	2	2,2
deliktnahe Verhalten	2	8,7			5	5,5
Verstoß gegen Weisungen	2	8,7			1	1,1
zunehmende non-compliance	3	13			2	2,2
Substanzmissbrauch	1	4,3	2	8,7	1	1,1
Entweichung	2	8,7				
Suicidalität	1	4,3				
			$\chi^2=17,43$; $p<0,05$		$\chi^2=43,94$; $p<0,01$	
Rechtsgrundlage stat. Behandlung	n=23	%	n=23*	%	n=92**	%
trifft nicht zu	5	21,7	16	69,6	59	64,1
freiwillig	9	39,1	7	30,4	30	32,6
§453 c	3	13				
§ 67h	1	4,3				
PsychKG	3	13			2	2,2
betreuungsrechtlich	2	8,7			1	1,1

			$\chi^2=17,45; p<0,05$		$\chi^2=36,65; p<0,01$	
Rechtsgrundlage weiterer stat. Beh.	n=23	%	n=23	%	n=91**	%
trifft nicht zu	17	73,9	22	95,1	85	93,4
freiwillig	1	4,3	1	4,3	4	4,4
§453 c						
§67h	2	8,7			1	1,1
PsychKG	2	8,7				
betreuungsrechtlich	1	4,3			1	1,1
					$\chi^2=18,79; p<0,01$	
Hilfe- / Krisenleitfaden	n=22	%	n=23	%	n=91	%
nicht vorhanden	10	45,5	9	39,1	42	46,2
vorhanden	12	54,5	14	60,9	49	53,8
Kriteriengeleitete Risikoeinschätzung	n=22	%	n=23	%	n=91	%
nicht vorhanden	12	54,5	10	43,5	45	49,5
vorhanden	10	45,5	13	56,5	46	50,5
Warnsignal bei Deliktrückfall?	n=17	%				
trifft nicht zu	8	47,1				
nicht bekannt / nicht erkennbar	3	17,6				
kein Krisenplan /keine Einigung der Helfer	3	17,6				
nicht vorhanden	3	17,6				
Dokumentation	n=23	%	n=23	%	n=89	%
insgesamt lückenhaft			1	4,3	5	5,6
relevante Unterlagen fehlen	3	13	1	4,3	6	6,7
forensische Aspekte eher weniger berücksichtigt	5	21,7	5	21,7	16	18
umfassend, differenziert	15	65,2	16	69,6	62	69,7

Anmerkung: %-Unterschiede wurden grundsätzlich ab einer Differenz von 10 % auf Signifikanz geprüft. Bei Kreuztabellen wurde als Assoziationsmaß Cramers V verwendet, das ab einem Wert $>.20$ als ausreichend aussagekräftig betrachtet wurde, das Signifikanzniveau wird jeweils gesondert ausgewiesen.

*= $p<0,05$ % = signifikantes Ergebnis

**= $p<0,01$ % = hochsignifikantes Ergebnis

Tab.A-10: Wohnsituation nach Unterbringung im Vergleich

	Auffällige (n=23)		Vergleichsgruppe Nicht-Auffälliger (n=22)		Gesamtgruppe Nicht-Auffälliger (n=91)	
alleinstehend	4	17,4%	5	22,7%	8	8,8%
mit Partner o. Familie	4	17,4%	2	9,1%	14	15,4%
Wohnheim	11	47,8%	12	54,5%	49	53,8 %
Betreutes Wohnen	3	13,0	2	9,1 %	17	18,7%
Allgemeinpsychiatrie obdachlos	1	4,3%	1	4,5%	3	3,3%

Tab.A-11: Wohnsituation zuletzt in der Nachsorge im Vergleich

	Auffällige (n=23)		Vergleichsgruppe Nicht-Auffälliger (n=23)		Gesamtgruppe Nicht-Auffälliger (n=92)	
alleinstehend	4	17,4%	6	26,1%	13	14,1%
mit Partner o. Familie	3	13%	2	8,7%	15	16,3%
Wohnheim	10	43,5%	9	39,1%	37	40,2%
Betreutes Wohnen	6	26,1%	6	26,1 %	27	29,3%
Allgemeinpsychiatrie obdachlos						

Tab.A-12: Arbeitssituation nach Unterbringung im Vergleich

	Auffällige (n=22)		Vergleichsgruppe Nicht-Auffälliger (n=23)		Gesamtgruppe Nicht-Auffälliger (n=92)	
Keine Arbeit	3	13,6%	2	8,7%	12	13%
Erste Arbeitsmarkt	2	9,1%	2	8,7%	11	12%
Berufliche ha/Integrationsfirma	0	0	2	8,7%	14	15,2%
Beschützte Werkstatt	7	31,8%	9	39,1%	29	31,5
Gelegenheitsjobs	1	4,5%	0	0	0	0
Ergotherapie	9	40,9%	8	34,7%	26	28,3%

Tab.A-13: Arbeitssituation zuletzt in der Nachsorge im Vergleich

	Auffällige (n=22)		Vergleichsgruppe Nicht-Auffälliger (n=23)		Gesamtgruppe Nicht -Auffälliger (n=91)	
Keine Arbeit	8	36,4%	4	17,4%	22	24,2 %
Erste Arbeitsmarkt	1	4,5%	2	8,7%	10	11%
Berufliche Re- ha/Integrationsfirma	0	0	3	13%	9	9,9%
Beschützte Werkstatt	6	27,3%	9	39,1%	29	31,9
Gelegenheitsjobs	1	4,5%	0	0	1	1,1%
Ergotherapie	6	27,3%	5	21,7%	20	22%

ERHEBUNGSBOGEN „FORENSISCHE NACHSORGE“

01. Code-Nr.	
02. Erhebungsdatum	
03. Entlassungsdatum	
3a. Datum des Urteils Hauptverhandlung / Widerruf	
3b. Widerruf	
00 = trifft nicht zu	02 = trifft zu, nach 1. Unterbringung
01 = trifft zu, nach § 67b StGB	03 = trifft zu, nach 2. Unterbringung
04. Forensische Ambulanz der Klinik / Abteilung	
A SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	
05. Geburtsdatum	
06. Geschlecht	
01 = männlich	02 = weiblich
07. Staatsangehörigkeit	
01 = Deutsch	05 = Osteuropa
02 = Deutsch, Migrationshintergrund	06 = Arabischer Raum
03 = Türkei	07 = Afrika
04 = Europa	08 = Staatsangehörigkeit unbekannt oder staatenlos
08. Strukturell unvollständige Familie	
00 = trifft nicht zu	01 = ohne Eltern aufgewachsen
02 = ohne einen Elternteil aufgewachsen	
03 = überwiegend Heim	
09. Psychiatrische Erkrankung(en) in der Primärfamilie	
00 = trifft nicht zu	02 = trifft zu
01 = unklare Angaben, vermutlich	
09a. Psychiatrische Erkrankung	
(lt. Schlüssel Nr. 1)	00 = liegt nicht vor
10. Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit	
00 = trifft nicht zu	01 = trifft zu
10a. Verhaltensauffälligkeiten	
<hr/>	
11. Schulbildung (höchster erreichter Abschluss)	
00 = kein Schulbesuch	03 = Hauptschule
01 = kein Abschluss	04 = Realschule
02 = Sonderschule	05 = Fachabitur/Abitur
	06 = Abschluss in JVA
12. Probleme in der Schule	
00 = trifft nicht zu	
01 = trifft zu	
12a. Probleme in der Schule	
<hr/>	
13. Berufsqualifikation (höchster erreichter Abschluss)	
00 = keine Berufsausbildung	03 = Sonstiges
01 = Lehre	02 = (Fach-)Hochschule

14. Probleme im Arbeitsleben

00 = trifft nicht zu

01 = trifft zu

02 = (nahezu) nicht gearbeitet

14a. Probleme im Arbeitsleben

15. Konfliktreiche, instabile Partnerschaften

00 = trifft nicht zu

02 = trifft zu

01 = (nahezu) keine Partnerschaften

15a. Konfliktreiche Partnerschaften

B PSYCHIATRISCHES STÖRUNGSBILD

16. Frühere stationär-psychiatrische Behandlung

00 = nein

01 = ja

17. Alter bei erster Aufnahme

00 = trifft nicht zu

18. Anlass der ersten Aufnahme

00 = trifft nicht zu

01 = Verhaltensauffälligkeiten

02 = Psychotische Erkrankung

99 = unbekannt

03 = Suizidalität

04 = Substanzmissbrauch

05 = sonstiges

18a. Weiterer Anlass der ersten Aufnahme

19. Anzahl stationär-psychiatrischer Behandlungen

00 = trifft nicht zu

20. Diagnose bei Entlassung aus stat. (Maßregel-)Behandlung (Schlüssel Nr. 3)

20.1. Diagnose 2

20.2. Diagnose 3

20a. Persönlichkeitsstörung

(lt. Schlüssel Nr. 4)

00 = trifft nicht zu

20.1 Persönlichkeitsstörung

20.2 Persönlichkeitsstörung

C DELINQUENZ

21. Erste dissoziale Auffälligkeit im Alter von

00 = trifft nicht zu

21a. Erste strafrechtliche Sanktion (BZR) im Alter von

22. Anzahl früherer Verurteilungen

00 = trifft nicht zu

23. Inhaftierung im Alter von

00 = trifft nicht zu

01 = 14 – 18 Jahre

02 = 18 – 21 Jahre

03 = > 21 Jahre

24. Gesamtdauer bisheriger Inhaftierungen (JVA) (in Monaten)

00 = trifft nicht zu

25. Hauptdelikt

(lt. Schlüssel Nr. 1)

25a. Deliktgruppe

(lt. Schlüssel Nr. 2)

25b. Sexualdelikt

00 = trifft nicht zu
02 = Sexualdelikt mit Gewalt

01 = Sexualdelikt ohne Gewalt

26. Delikt 2

(lt. Schlüssel Nr.1)

26a. Deliktgruppe

(lt. Schlüssel Nr. 2)

26b. Sexualdelikt

00 = trifft nicht zu
02 = Sexualdelikt mit Gewalt

01 = Sexualdelikt ohne Gewalt

27. Schuldunfähigkeit

01 = § 20 StGB

02 = § 21 StGB

28. Begleithaftstrafe (in Monaten)

00 = keine

99 = unbekannt

29. Substanzmissbrauch zum Tatzeitpunkt

00 = keine Suchtmittel
01 = Alkohol
02 = Drogen

03 = Alkohol u. Drogen
04 = Medikamente
05 = multipler Missbrauch
06 = Sonstiges (Entzugsdelir etc.)

D UNTERBRINGUNG

30. Wohnsituation vor Unterbringung

01 = alleinstehend
02 = mit (Ehe-)Partner, eigener Familie
03 = mit Angehör. Primärfamilie
04 = Allgemeinpsychiatrie
05 = Wohnheim

06 = Betreutes Wohnen /-gemeinschaft
07 = Obdachlos (-enunterkunft)
08 = JVA
09 = WG mit Freunden
10 = Maßregelvollzug

31. Erwerbstätigkeit vor Unterbringung

00 = arbeitslos
01 = ganz-/halbtägige Beschäftigung
02 = in schulischer/beruflicher Ausb.
03 = in stationärer Arbeitstherapie o.ä.
04 = in geschützter Werkstatt / Integrationsmaßnahme o.ä.

05 = wechselnde Gelegenheitsarbeiten
06 = Rentner
07 = Hausfrau/-mann
08 = Sonstige

32. Unterbringung gem. § 63 StGB im Alter von

00 = trifft nicht zu

33. Anzahl bisheriger Behandlungen gem. § 63 StGB

00 = trifft nicht zu

34. Gesamtdauer früherer Unterbringungen gem. § 63 StGB (in Monaten)

00 = trifft nicht zu

35. Zeitdauer Ende der letzten bis zur jetzigen Unterbringung (§ 63 StGB)

00 = trifft nicht zu

36. Zeitdauer der jetzigen Unterbringung nach § 63 StGB (in Monaten)

00 = trifft nicht zu

37. Rechtsgrundlage der Unterbringung

- 00 = trifft nicht zu
- 01 = erstmalige Unterbringung gem. § 63 StGB
- 02 = erneute Unterbringung gem. § 63 StGB
- 03 = Widerruf nach primärer Aussetzung (§ 67b StGB)
- 04 = Widerruf nach bedingter Aussetzung (§ 67g StGB)
- 05 = Widerruf nach bedingter Entlassung und erneute Unterbringung gem. § 63 StGB
- 06 = Überweisung aus § 63 StGB in Entziehungsanstalt
- 07 = Widerruf nach bedingter Aussetzung, dann § 64 StGB

38. Besondere Vorkommnisse während der Unterbringung

- 00 = trifft nicht zu
- 01 = keine
- 02 = Entweichung aus der Lockerung
- 03 = Flucht / Ausbruch
- 04 = Alkohol-/Rauschmittelmissbrauch
- 05 = Straftat
- 06 = Selbstverletzungen/-verstümmelungen
- 07 = Übergriffe auf Personal
- 08 = Sonstige massive Störungen

38a. Besondere Vorkommnisse während der Unterbringung (weitere)

E LANGZEITBEURLAUBUNG

39. Beurlaubung

- 00 = trifft nicht zu
- 01 = trifft zu

39a. Beurlaubung (in Monaten)

40. Rückverlegungen

- 00 = trifft nicht zu
- 01 = trifft zu

40a. Anzahl der Rückverlegungen während der Beurlaubung

41. Gesamtdauer der Rückverlegungen (in Monaten)

- 00 = trifft nicht zu
- 99 = unbekannt

42. Gründe der Rückverlegung

- 00 = trifft nicht zu
- 01 = schlechter psychischer Befund, (beginnendes) Krankheitsrezidiv
- 02 = Zunehmende Non-compliance (medikamentös, sozial, Absprachefähigkeit u.ä.)
- 03 = Deliktnahes Verhalten
- 04 = Substanzmissbrauch
- 05 = Entweichung
- 06 = depressive Entwicklung, Suizidalität
- 07 = aggressives, bedrohliches Verhalten
- 08 = Sonstiges (Wechsel des Heims etc.)

42a. Weitere Gründe der Rückverlegungen

42b. Weitere Gründe der Rückverlegung

42c. Gründe der 2. Rückverlegung

42d. Weitere Gründe der 2. Rückverlegung

42e. Weitere Gründe der 2. Rückverlegung

42f. Gründe der 3. Rückverlegung

42g. Weitere Gründe der 3. Rückverlegung

42h. Weitere Gründe der 3. Rückverlegung

43. Veranlassung der Rückverlegungen

- 00 = trifft nicht zu
- 01 = Forensische Klinik / Ambulanz
- 02 = Mitarbeiter komplementärer Einrichtung
- 03 = Behandler (konsiliarisch)
- 04 = Patient
- 05 = Sonstige
- 06 = unklar

44. Gründe für Dauer der Beurlaubung

- 00 = trifft nicht zu
01 = Behandlungsgründe
02 = Fortdauerbeschluss StVK entgegen Empfehlung der Klinik
03 = Gericht drängt auf Aussetzung
07 = unklar

F NACHSORGE

45. Zugang zur ambulanten Nachsorge

- 01 = § 67 d Abs. 2
02 = § 67 d Abs. 6 (Verhältnismäßigkeit)
03 = § 67 d Abs. 6 (andere Gründe)
04 = § 67 b
05 = Sonstige

46. Führungsaufsicht

- 00 = befristet
01 = unbefristet

46a. Dauer der festgelegten Führungsaufsicht (in Monaten)

47. Forensische Nachsorge durch

- 00 = trifft nicht zu
01 = Forensische (Fach-/MRV-)Ambulanz
02 = Institutsambulanz (als For. Ambulanz)
03 = Stationstherapeut /OA (über PIA als For. Ambulanz)
04 = Forensisches Institut Uniklinikum Essen
05 = Sonstiges: Heimbereich in Doppelrolle

49. Weisungen durch StVK

- | | | |
|--|---------|-----------|
| 49.1. Forensische Nachsorge | 01 = ja | 02 = nein |
| 49.2. Wohnen | 01 = ja | 02 = nein |
| 49.3. Arbeit / Beschäftigung | 01 = ja | 02 = nein |
| 49.4. Medikamentöse Behandlung | 01 = ja | 02 = nein |
| 49.5. Psychotherapie | 01 = ja | 02 = nein |
| 49.6. Verbot von Alkohol / Drogen | 01 = ja | 02 = nein |
| 49.7. Screening / Kontrolluntersuchungen | 01 = ja | 02 = nein |
| 49.8. Selbsthilfegruppe | 01 = ja | 02 = nein |
| 49.9. Stationäre Behandlung | 01 = ja | 02 = nein |
| 49.10. Sonstige | | |

50. Gesetzliche Betreuung

- 00 = keine Betreuung
01 = ein Betreuungsbereich
02 = mehrere Bereiche
03 = umfassende Betreuung

51. Wohnen

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 01 = Alleinwohnen, o. BeWo | 07 = Allgemeinpsychiatrie / stationäre Therapie |
| 02 = Primärfamilie, o. BeWo | 08 = Wohnheim, AWG |
| 03 = Partnerin / Familie, o. BeWo | 09 = Wohnheim, geschlossen |
| 04 = Wohnheim | 10 = Übergangs-/Reha-Wohnheim |
| 05 = Betreutes Wohnen | 11 = Pflegefamilie |
| 06 = Alters-/ Pflegeheim | |

52. Veränderungen der Wohnsituation seit Entlassung

- 00 = trifft nicht zu
01 = trifft zu

52a. Art der Veränderung der Wohnsituation

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| 00 = trifft nicht zu | 06 = Alters-/ Pflegeheim |
| 01 = Alleinwohnen | 07 = Allgemeinpsychiatrie |
| 02 = Primärfamilie | 08 = Wohnheim, AWG |
| 03 = Partnerin / Familie | 09 = Wohnheim, geschlossen |
| 04 = Wohnheim | 10 = Sonstiges (Obdachlosigkeit) |
| 05 = Betreutes Wohnen | |

52b. Abstimmung mit Ambulanz

- 00 = trifft nicht zu
01 = keine Abstimmung mit Ambulanz
02 = Abstimmung mit Ambulanz lag vor
03 = Abstimmung mit Ambulanz, aber eher Druck nachgegeben

53. Falls ohne Abstimmung mit der Ambulanz

- 00 = trifft nicht zu
 01 = Patient ohne Rücksprache gehandelt
 02 = Fehlende Information der Nachsorger untereinander (auch: Abstimmung gar nicht vorgesehen)
 03 = Nicht-Übereinstimmung der Nachsorger (konkret, wer aus welchen Gründen)
 04 = Sonstiges

53a. Wohnen, zuletzt (wie 51)

54. Anzahl der Veränderungen

- 00= trifft nicht zu

55. Arbeit und Beschäftigung

- 00 = keine Arbeit
 01 = 1. Arbeitsmarkt, ganztags
 02 = 1. Arbeitsmarkt, halbtags, 400 € u. ä.
 03 = Berufliche Rehabilitation
 04 = Beschützter Arbeitsplatz (Werkstatt)
 05 = Integrationsfirma
 06 = Ergotherapie in Wohnheim (LT 23/24)
 07 = Ambulante Ergotherapie (Klinik)
 08 = Gelegenheits-Jobs
 09 = keine Arbeit, (EU-)Rente
 10 = keine Arbeit; (Alters-)Rente
 11= Tagesstätte
 12 = Hausfrau / Mutter
 13 = Ausbildung, Lehre
 14 = Lehrgang

56. Veränderungen der Arbeit / Beschäftigung seit Entlassung

- 00 = trifft nicht zu
 01 = trifft zu

56a. Art der Veränderung der Arbeit / Beschäftigung

- 00 = trifft nicht zu
 01 = Werkstatt
 02 = 1. Arbeitsmarkt, stundenweise, 400.-€ etc.
 03 = 1. Arbeitsmarkt, ganztägig
 04 = keine weitere Arbeit / Beschäftigung
 05 = Ausbildung, Lehre
 07 = Ergotherapie i. W.
 08 = Integrationsfirma
 09 = Lehrgang
 11 = Tagesstätte

56b. Abstimmung mit Ambulanz

- 00 = trifft nicht zu
 01 = keine Abstimmung mit Ambulanz
 02 = Abstimmung mit Ambulanz lag vor

57. Falls ohne Abstimmung mit Ambulanz

- 00 = trifft nicht zu
 01 = Patient ohne Rücksprache gehandelt
 02 = Fehlende Information der Nachsorger untereinander (auch: Abstimmung gar nicht vorgesehen)
 03 = Nicht-Übereinstimmung der Nachsorger (konkret, wer aus welchen Gründen)
 04 = Abstimmung nicht möglich (Fremdkündigung u.ä.)

57a. Arbeit, zuletzt (wie 55)

58. Anzahl der Veränderungen

- 00= trifft nicht zu

59. Behandlung (psychiatrisch / psychotherapeutisch)

- 00 = trifft nicht zu
 01 = Forensische Ambulanz (alle Varianten_47)
 03 = Niedergelassener Arzt
 04 = Institutsambulanz der (regionalen) AP
 05 = Institutsambulanz der (eigenen) Klinik
 07 = Konsiliararzt des Heimes / Reha-Bereiches / Wohnverbundes
 08 = Sonstiges

60. Veränderungen der Behandlung seit Entlassung

- 00 = trifft nicht zu
 trifft zu = 01

60a. Art der Veränderungen der Behandlung

- 00 = trifft nicht zu
 01 = niedergelassener Arzt
 02 = Institutsambulanz / PIA der regionalen Klinik
 03 = Konsiliararzt des Heimes
 04 = keine weitere Behandlung
 05 = Forensische Ambulanz

60b. Abstimmung mit der Ambulanz

- 00 = trifft nicht zu
 01 = keine Abstimmung mit Ambulanz
 02 = Abstimmung mit Ambulanz lag vor

61. Falls ohne Abstimmung mit der Ambulanz

- 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
 01 = Patient ohne Rücksprache gehandelt
 02 = Fehlende Information der Nachsorger untereinander (auch: Abstimmung gar nicht vorgesehen)
 03 = Nicht-Übereinstimmung der Nachsorger (konkret, wer aus welchen Gründen)
 04 = Ende der FA

62. Anzahl der Veränderungen

- 00= trifft nicht zu

63. Pharmakotherapie (Mehrfachnennungen möglich)

- 00 = Keine Medikation erforderlich 07 = 2+ 4
 01 = Depotmedikation 08 = 2+ 3
 02 = Neuroleptika 09 = 1+ 3+ 4
 03 = Antidepressiva 10 = 1+ 2+ 5
 04 = Lithium o.a. Phasenprophylaktika (Carbamazepin...)
 05 = Androcur, LHRH-Analoga
 06 = Depot und Neuroleptika (1 + 2)

64. Medikamenten-Compliance

- 00 = trifft nicht zu 04 = Einnahme nur unter Aufsicht
 01 = Medikamenten-Compliance gegeben 05 = unzuverlässige Einnahme
 02 = Patient nimmt Medikation ein bei fehlender Einsicht
 03 = Einnahme, aber ständige Diskussion

65. Kontrolle von Substanzmissbrauch

- 00 = keine Kontrolle / keine relevante Suchtproblematik
 01 = keine Tests: zwar Suchtproblematik, aber geschützte Umgebung
 02 = Alkoholtests / Drogenscreenings werden regelmäßig durchgeführt
 03 = Tests werden nicht durchgeführt
 04= Tests werden eher sporadisch und bei konkretem Verdacht durchgeführt
 05 = sonstiges

66. Häufigkeit Substanzmissbrauch

- 00 = trifft nicht zu 03 = zunehmend häufiger
 01 = einmalig 04 = häufig
 02 = sporadisch 05 = immer positive Befunde

67. Partnerschaft

- 00 = keine feste Beziehung
 01 = Feste Partnerschaft
 02 = Wechselnde Partnerschaften

67a. Soziale Kontakte

- 03 = Eher kontaktarm, aber nicht unzufrieden
 04 = Sozialer Rückzug / Vereinsamung als Risikofaktor
 05 = Bekannt-/ und Freundschaften, stabil(isierend)
 06 = Sozialkontakte durch Einrichtungen
 07 = Ungünstige Sozialkontakte 08 = Sonstige (Enger Kontakt zu Arbeitgeber)

68. Kontakt zu Angehörigen

- 00 = keine Angehörigen/ trifft nicht zu 01 = keinen Kontakt
 02 = sporadisch 03 = regelmäßig

68a. Einschätzung Angehörigenkontakt

- 00 = trifft nicht zu
 01 = förderlich, unproblematisch
 02 = problematisch
 03 = unklar, ambivalent
 04 = nach Personen unterschiedlich

69. Finanzielle Situation

- 01 = Arbeitseinkommen
 02 = Geringfügiger Verdienst (evtl. Aufstocker)
 03 = Grundsicherung / Arbeitslosengeld II
 04 = Taschengeldempfänger u. Zuverdienst /Arbeitsprämie
 05 = Taschengeldempfänger
 06 = Rente (evtl. Aufstocker, Arbeitsprämie)
 07 = Ausbildungsgeld
 08 = Grundsicherung + Werkstatt
 09 = Unterstützung durch Angehörige, ausschließl
 10 = eigenes Vermögen

70. Umgang mit Geld

- 00 = keine Probleme
 01 = Probleme (Unzufriedenheit, Verschuldung u.a.)
 02 = Patient erhält Geld eingeteilt
 03 = Sonstiges

71. Psychisches Befinden

- 00 = weitgehend stabil
 01 = geringe Schwankungen
 02 = ständig labil, aber kompensiert
 03 = zunehmende Chronifizierung
 04 = Sonstiges (ständig psychotisch)
 05 = häufige Erkrankungen / Krisen und non-compliance
 06 = häufig Erkrankungen / Krisen aber compliance
 07 = raptusartige Verschlechterungen
 08 = lange stabil, dann stetig verschlechtert

72. Freizeitverhalten

- 00 = überwiegend sinnvolle Gestaltung
 01 = durch externe Motivation/Vorgaben ausreichend
 99 = unbekannt/wenig Infos
 03 = wenige oder exzessive Aktivitäten; unproblematisch
 04 = wenige oder exzessive bzw. risikoreiche Aktivitäten; problematisch
 05 = Sonstiges

73. Helferkonferenzen

- 00 = Helferkonferenzen finden nicht statt
 01 = Helferkonferenzen finden nicht statt, Kontakte zu BwH und / oder Betreuer etc. eher sporadisch bzw. bei Bedarf / Krisen
 02 = Helferkonferenzen finden statt
 03 = Hk finden nicht statt, Kurvenvisiten im Heim

73a. Häufigkeit von Helferkonferenzen (in der Regel)

- 00 = Regelmäßige Helferkonferenzen finden nicht statt
 01 = 14-tägig
 02 = monatlich
 03 = alle 2 Monate
 04 = vierteljährlich
 05 = halbjährlich
 06 = meist länger als halbjährlich

73b. Teilnahme an Helferkonferenzen (in der Regel)

- | | | | |
|---|---------|-----------|----------------------|
| 73.1. Forensische Ambulanz | 01 = ja | 02 = nein | 00 = trifft nicht zu |
| 73.3. Bewährungshelfer | 01 = ja | 02 = nein | 00 = trifft nicht zu |
| 73.4. Komplementäre Einrichtung | 01 = ja | 02 = nein | 00 = trifft nicht zu |
| 73.5. Arzt /Therapeut | 01 = ja | 02 = nein | 00 = trifft nicht zu |
| 73.6. Gesetzlicher Betreuer | 01 = ja | 02 = nein | 00 = trifft nicht zu |
| 73.7. Arbeitsbereich / Werkstatt | 01 = ja | 02 = nein | 00 = trifft nicht zu |

74. Veränderung der Kontaktfrequenz

- 00 = trifft nicht zu
 01 = gleichbleibende Kontaktfrequenz
 02 = zunächst häufiger, dann verringert
 03 = häufige Anpassungen aufgrund von Krisen
 04 = sonstiges

75. Engste Betreuungsperson für Patienten (aus vermuteter Sicht des Patienten)

- 00 = Forensische Ambulanz
 01 = Komplementäre Einrichtung
 02 = Bewährungshelfer
 03 = Arzt /Therapeut
 04 = zu keinem enge Beziehung
 05 = Gesetzlicher Betreuer
 06 = Arbeitsbereich / Werkstatt
 07 = zu keinem enge Beziehung

76. Wechsel der Betreuungspersonen

76.1	Forensische Ambulanz	01 = ja	02 = nein	00 = trifft nicht zu	_____
76.2.	Bewährungshelfer	01 = ja	02 = nein	00 = trifft nicht zu	_____
76.3	Komplementäre Einrichtung	01 = ja	02 = nein	00 = trifft nicht zu	_____
76.4	Arzt / Therapeut	01 = ja	02 = nein	00 = trifft nicht zu	_____
76.5	Gesetzlicher Betreuer	01 = ja	02 = nein	00 = trifft nicht zu	_____
76.6	Arbeitsbereich /Beschäftigung	01 = ja	02 = nein	00 = trifft nicht zu	_____

77. Absprachen – Fallkoordination

00 = keine Fallkoordination, Absprachen bei Bedarf / im Krisenfall
02 = Fallkoordination findet statt

77a. Fallkoordination durch

00= trifft nicht zu
02 = Forensische Ambulanz
03 = Bewährungshelfer
04 = Mitarbeiter komplementäre Einrichtung
05 = Gesetzlichen Betreuer
06 = Sonstige _____

78. Tätigkeiten der Forensischen Ambulanz (Schwerpunkt)

00 = trifft nicht zu
01 = Eigene Behandlung
02 = Case Management (enge Begleitung und Mitwirkung bei Reha-Planung etc.)
03 = Beratung, Unterstützung, Risikoeinschätzung/-management bei Bedarf
99 = unklar

78a. Tätigkeiten der Forensischen Ambulanz (weitere)

00 = trifft nicht zu
01 = Eigene Behandlung
02 = Case Management (enge Begleitung und Mitwirkung bei Reha-Planung etc.)
03 = Beratung, Unterstützung, Risikoeinschätzung/ -management bei Bedarf
99 = unklar

79. Veränderungen der Ambulanztätigkeit im Verlauf

00 = trifft nicht zu
01 =trifft zu, und zwar _____

80. Arbeitsweise der Forensischen Ambulanz

00 = trifft nicht zu
01 = Überwiegend mobil-aufsuchend
02 = überwiegend empfangend
03 = aufsuchend und empfangend

81. Häufigkeit Patientenkontakt

00 = trifft nicht zu
01 = wöchentlich bis 14-tägig
02 = monatlich
03 = alle 2 Monate
04 = vierteljährlich
05 = halbjährlich
06 = unklar

82. Veränderung der Kontaktfrequenz

00 = trifft nicht zu
01 = gleichbleibende Kontaktfrequenz
02 = zunächst häufiger, dann verringert
03 = häufige Anpassungen nach Bedarf / aufgrund von Krisen
04 = sonstiges _____
99 = unbekannt

83. Stationäre (Wieder-)Aufnahmen (außer Rückfall)

00 = trifft nicht zu
01 = trifft zu

83a. Anzahl stationärer(Wieder-)Aufnahmen

00 = trifft nicht zu

84. Gesamtdauer stationärer Behandlungen (in Monaten)

00 = trifft nicht zu
01 = bis heute (nach Widerruf etc.)

85. Anlass stationärer Behandlung

00 = trifft nicht zu
01 = schlechter psychischer Befund, (beginnendes) Krankheitsrezidiv
02 = Deliktnahes Verhalten
03 = Delikt
04 = Verstoß gegen Weisungen
05 = Zunehmende Non-compliance (medikamentös, sozial, Absprachefähigkeit u.ä.)
06= Substanzmissbrauch
07 = Entweichung
08 = Suizidalität

85a. Anlass stationärer Behandlung (weitere)

85b. Anlass stationärer Behandlung (weitere)

86. Rechtsgrundlage stationärer Behandlung

- | | |
|-----------------------------|---|
| 00 = trifft nicht zu | 05 = § 67 h StGB |
| 01 = Freiwillige Behandlung | 06 = PsychKG |
| 02 = Widerruf | 07 = Betreuungsrechtliche Unterbringung |
| 03 = Gerichtliche Weisung | 08 = zunächst § 453 c, dann Widerruf |
| 04 = § 453 c StPO | |

86a. Rechtsgrundlage stationärer Behandlung (weitere)

87. Wo erfolgte die Aufnahme

- | | |
|---|--|
| 00 = trifft nicht zu | 01 = Allgemeinpsychiatrie, Entlassklinik |
| 02 = Allgemeinpsychiatrie, regional zuständig | |
| 03 = Forensische Klinik / Abteilung / Station | |
| 04 = Suchtklinik | 05 = unterschiedlich (1+3_ 2+3) |

88. Existiert ein schriftlicher Hilfe- und Krisenplan?

- | | |
|----------------------|----------------|
| 00 = trifft nicht zu | 01 = trifft zu |
|----------------------|----------------|

89. Existiert eine regelmäßige kriteriengeleitete Risikoeinschätzung im Verlauf?

- | | |
|----------------------|----------------|
| 00 = trifft nicht zu | 01 = trifft zu |
|----------------------|----------------|

90. Ende der FA

- | | |
|----------------------|----------------|
| 00 = trifft nicht zu | 01 = trifft zu |
|----------------------|----------------|

91. Dokumentation

- | |
|---|
| 00 = insgesamt lückenhaft |
| 01 = relevante Unterlagen fehlen |
| 02 = forensische Aspekte im Verlauf kaum berücksichtigt |
| 03 = umfassend, differenziert; forensische Aspekte berücksichtigt |
| 04 = sonstiges |

G AUSKUNFT BUNDESZENTRALREGISTER

92. Katamnesezeitraum Entlassung (in Monaten)

93. Katamnesezeitraum LZU

94. Time-at-risk Entlassung

95. Time at risk LZU

96. Eintrag im BZR ?

- | |
|----------------------|
| 00 = trifft nicht zu |
| 01 = trifft zu |

97. Erfolgreiche Erledigung der FA

- | | |
|----------------------|----------------|
| 00 = trifft nicht zu | 01 = trifft zu |
|----------------------|----------------|

98. Scheitern der Wiedereingliederung

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 00 = trifft nicht zu | 07 = Eigentumsdelikte mit Gewalt |
| 01 = Tötungsdelikte | 08 = Brandstiftung |
| 02 = Körperverletzung | 09 = Sonstige Delikte |
| 03 = Sexualdelikte gegen Frauen | 10 = Gesucht wg. Strafverfolgung |
| 04 = Sexualdelikte gegen Kinder | 11 = Gesucht wegen Strafvollstreckung |
| 05 = Sonstige Sexualdelikte | 12 = Verstoß gegen richterliche Weisungen |
| 06 = Eigentumsdelikte ohne Gewalt | 13 = sonstiges |

98a. Scheitern der Wiedereingliederung

98b. Scheitern der Wiedereingliederung

100. Delikt (§§, s. Schlüssel)

- | |
|----------------------|
| 00 = trifft nicht zu |
|----------------------|

101a. Delikt

101b. Delikt

102. Sexualdelikt

00 = liegt nicht vor

01 = Sexualdelikt ohne Gewalt

02 = Sexualdelikt mit Gewalt

103. Einschlägigkeit

00 = trifft nicht zu

01 = trifft zu

104. Juristische Konsequenzen

00 = trifft nicht zu

01 = Freiheitsentzug

02 = Haftstrafe mit Bewährung

03 = Geldstrafe

04 = Einstellung wg. Schuldunfähigkeit

05 = laufendes Strafverfahren

06 = Fahrverbot

07 = Verlängerung der FA

08 = erneute Maßregel mit Bewährung

09 = unbefristete Führungsaufsicht

104a. Juristische Konsequenzen

104b. Juristische Konsequenzen

106. Freiheitsentzug

00 = trifft nicht zu

01 = Widerruf der Bewährung

02 = Haftstrafe ohne Bewährung

03 = § 453c StPO

04 = § 453c StPO und Widerruf

05 = Haftstrafe und Widerruf

06 = § 67 h StGB

07 = § 67h StGB und Widerruf

08 = § 67 h und Haftstrafe und Widerruf

09 = Haftstrafe und erneute Maßregel

10 = Widerruf der Strafaussetzung

107. Zeitpunkt des Scheiterns nach Entlassung

00 = trifft nicht zu

01 = Zeitspanne bis 6 Monate

02 = 7 bis 12 Monate

03 = 13 bis 18 Monate

04 = 19 bis 24 Monate

05 = 25 bis 36 Monate

06 = 37 bis 48 Monate

07 = 49 bis 54 Monate

08 = 55 bis 60 Monate

09 = 61 bis 66 Monate

10 = 67 und später

107a. Zeitpunkt des Scheiterns nach Entlassung in Monaten

109. Zeitpunkt des Scheiterns nach LZU

110. Time at risk des Scheiterns nach Entlassung

111. Time at risk des Scheiterns nach LZU

1. Deliktschlüssel

- 01 = Widerstand gegen die Staatsgewalt (§§ 110 - 121 StGB)
- 02 = (Schwerer) Hausfriedensbruch (§ 123, 124 StGB)
- 03 = Beischlaf zwischen Verwandten (§ 173 StGB)
- 04 = Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen etc. (§§ 174, 179 StGB)
- 05 = Homosexuelle Handlungen (§ 175 StGB)
- 06 = Sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB)
- 07 = Vergewaltigung (§ 177 StGB)
- 08 = Sexuelle Nötigung (§ 178 StGB)
- 09 = Exhibitionistische Handlungen (§ 183 StGB)
- 10 = sonstige Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 180-182, 184 StGB)
- 11 = Beleidigung (§§ 185 - 200 StGB)
- 12 = Mord (§ 211 StGB)
- 13 = versuchter Mord (§ 211 StGB)
- 14 = Totschlag (§§ 212, 213 StGB)
- 15 = versuchter Totschlag (§§ 212, 213 StGB)
- 16 = Fahrlässige Tötung (§ 222 StGB)
- 17 = Körperverletzung (§ 223 StGB)
- 18 = Gefährliche Körperverletzung (§ 223a StGB)
- 19 = Schwere Körperverletzung (§ 224 StGB)
- 20 = Körperverletzung mit Todesfolge (§ 226 StGB)
- 21 = Menschenraub und Verschleppung (§ 234 StGB)
- 22 = Entführung (§§ 236, 237 StGB)
- 23 = Freiheitsberaubung (§ 239 StGB)
- 24 = Erpresserischer Menschenraub und Geiselnahme (§§ 239a, 239b StGB)
- 25 = Nötigung (§ 240 StGB)
- 26 = Bedrohung (§ 241 StGB)
- 27 = Diebstahl (§ 242 StGB)
- 28 = Besonders schwerer Fall des Diebstahls (§ 243 StGB)
- 29 = Diebstahl mit Waffen, Bandendiebstahl (§ 244 StGB)
- 30 = Unterschlagung (§ 246 StGB)
- 31 = Haus- und Familiendiebstahl (§ 247 StGB)
- 32 = Diebstahl und Unterschlagung geringwertiger Sachen (§ 248a StGB)
- 33 = Raub (§ 249 StGB)
- 34 = Schwerer Raub (§ 250 StGB)
- 35 = versuchter (schwerer) Raub (§ 249, 250 StGB)
- 36 = Raub mit Todesfolge (§ 251 StGB)
- 37 = Räuberischer Diebstahl, (räuberische) Erpressung (§§ 252 - 255 StGB)
- 38 = Betrug (§ 263 StGB)
- 39 = Sachbeschädigung (§§ 303 - 305 StGB)
- 40 = (Besonders schwere) Brandstiftung (§§ 306 - 308 StGB)
- 41 = Trunkenheit im Verkehr (§ 316 StGB)
- 42 = Vollrausch (§ 323 StGB)
- 43 = sonstige gemeingefährliche Straftaten (§§ 310 - 330 StGB)
- 44 = Vortäuschen einer Straftat (§ 145 d StGB)
- 45 = Fahrlässige Körperverletzung (§ 230 StGB)
- 46 = Urkundenfälschung (§ 267 StGB)
- 47 = Unbefugter Gebrauch eines Kraftfahrzeuges (§ 248b StGB)
- 48 = Vergehen gegen das StVG
- 49 = Vergehen gegen das BtMG
- 50 = Vergehen gegen das WiStG
- 51 = Verstoß gegen das Waffengesetz
- 52 = Veruntreuung (§ 266 StGB)
- 53 = Beförderungerschleichung (§ 265 StGB)
- 54 = Republikflucht

55 = Freiheitsberaubung (§ 225 StGB)

56 = Gefährdung des Bahnverkehrs

57 = Vergiftung (§ 229 StGB)

99 = sonstiges

2. Deliktgruppen:

1 = Tötungsdelikte

2 = Körperverletzungen

3 = Sexualdelikte gegen Frauen

4 = Sexualdelikte gegen Kinder

5 = Exhibitionismus

6 = Eigentumsdelikte ohne Gewalt

7 = Eigentumsdelikte mit Gewalt

8 = Brandstiftung

9 = Sonstiges

3. Diagnoseschlüssel:

1 = hirnorganische Störung

2 = schizophrene Psychose (inkl. paranoider Syndrome)

3 = affektive Psychose

4 = Persönlichkeitsstörungen ohne Minderbegabung

5 = Persönlichkeitsstörungen mit Minderbegabung

6 = intellektuelle Behinderung

7 = Suchterkrankung

8 = keine Diagnose mehr zum Entlassungszeitpunkt

4. Persönlichkeitsstörungen (ICD-10-Schlüssel)

01 = paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)

02 = schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)

03 = dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)

04 = emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus (F60.30)

05 = emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (F60.31)

06 = histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)

07 = anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5)

08 = ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6)

09 = abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7)

10 = andere spezifische Persönlichkeitsstörung (z.B. narzisstische P. etc. F60.8)

11 = nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (F60.9)

12 = kombinierte Persönlichkeitsstörung (F 61.0)

13 = Störung der Sexualpräferenz: Exhibitionismus (F65.2)

14 = Sadomasochismus (F65.5)

15 = Störung der Sexualpräferenz: Pädophilie (F65.4)

Danksagung

Mein Dank gilt zunächst meiner Betreuerin Prof. Dr. Gisela Steins für ihre immer positive und unterstützende Begleitung meiner Arbeit und Prof. Dr. Annette Boeger für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Für die Entstehung der Dissertation bedanke ich mich sehr bei meinem geschätzten und langjährigen Mitstreiter PD Dr. Dieter Seifert, auf dessen wissenschaftlichen Spuren ich wandeln konnte.

Den Mitarbeitern des Forensischen Instituts am Universitätsklinikum Duisburg-Essen und seinem Direktor Prof. Dr. Norbert Leygraf bin ich für ihre kollegiale Unterstützung und ein gutes Arbeitsklima zu Dank verpflichtet. Dabei möchte ich meine dynamischen und hilfreichen Mitdoktoranden Dr. Andrej König und Kristina Piontek besonders erwähnen. Gefreut habe ich mich über die Möglichkeit, dort meine alten forensischen Weggefährten Dr. Norbert Schalast und Klaus Elsner eine Zeit lang bei ihrer täglichen Arbeit zu erleben und von ihren Erfahrungen zu profitieren.

Mit Rat und Tat standen mir viele kompetente Menschen zur Seite, und dies vor allem in den sehr lebendigen Kolloquien. Rüdiger Hartmann war für die statistische Auswertung äußerst wichtig, mein Sohn Till Quernheim hat geduldig Tabellen und Formate gerichtet.

Alte Freunde und Kollegen wie Thomas Hax-Schoppenhorst und Gerd Bliersbach erwiesen sich in anstrengenden Phasen als unverzichtbare Stützen, aber auch als versierte Korrekturleser. Vielen Dank dafür! Die Arbeit mit den Dürener Ambulanz-KollegInnen war ein wichtiger Ausgleich zu den manchmal trockenen Seiten der Forschung. Dank gilt ebenfalls Wilfried Görgen, der meine Arbeit von Anfang an mit Interesse und Zuspruch begleitet hat.

Großer Dank gebührt meiner Familie: meinen Kindern Till und Linda und meiner Mutter Christel Schmidt, die mir durch ihre liebevolle Anteilnahme bis zuletzt den Rücken gestärkt haben. Meine wunderbare Frau Ursula Quernheim hat durch ihr immer offenes Ohr und ihre herzliche Zuwendung ganz wesentlich zum Gelingen der Promotion beigetragen.